

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tereza Vlčková

**Syndrom CAN a míra informovanosti odborné i  
neodborné veřejnosti v ČR**

**CAN syndrome and the level of awareness among  
qualified and general public in the Czech Republic**

Praha, 2021

Vedoucí práce: Mgr. Klára Záplatová

## Poděkování

Obrovské díky patří vedoucí mé práce, Mgr. Kláře Záplatové, za inspirativní a cenné rady, laskavý přístup, podporu, a především za čas, který pečlivému vedení mé práce věnovala. Současně děkuji i všem respondentům, kteří byli ochotni se podělit o své zkušenosti, znalosti i neznalosti a podnětné návrhy postupů, jak povědomí o tak závažné problematice, jako je CAN, navýšit.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10. května 2021



.....

Tereza Vlčková

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu CAN. Teoretická část se věnuje vymezení pojmu, popisu forem CAN, rizikovým faktorům a následkům nevhodného zacházení s dětmi. Pozornost je věnována rovněž prevenci, a to především prevenci primární, dále detekci a diagnostice. Cílem empirické části je zmapovat míru informovanosti odborné a neodborné veřejnosti v ČR. Zjišťováno bylo porozumění pojmu CAN a jeho formám, znalost následků a institucí, na které se lze v případě podezření obrátit. Prostor byl věnován rovněž vlastním zkušenostem s CAN a preferovaným způsobům osvěty. Na základě tématické analýzy odpovědí pediatrů, pedagogů ze základních škol a široké veřejnosti jsou navrženy vhodné způsoby, jak informovanost, tj. primární prevenci, navýšit.

## **Klíčová slova**

syndrom CAN; týrání; zanedbávání; zneužívání; dítě; informovanost; prevence; rizikové faktory; následky

## **Abstract**

Bachelor thesis deals with CAN syndrome. Theoretical part is focused on the definition of the term, description of forms of CAN, risk factors and consequences of child maltreatment. Attention is also paid to prevention, especially primary prevention, detection and diagnosis. The aim of the empirical part is to map the level of awareness among the qualified and general public in the Czech Republic. Understanding of the concept of CAN and its forms, knowledge of the consequences and the institutions to which one can turn in case of suspicion were inquired. A part was also devoted to individual experiences with CAN and preferred ways of awareness raising. Based on thematic analysis of responses from paediatricians, primary school teachers and the general public, appropriate ways to increase awareness, i.e. primary prevention, are suggested.

## **Keywords**

CAN Syndrome; Maltreatment; Neglect; Abuse; Child; Awareness; Prevention; Risk Factors; Consequences

# Obsah

Úvod .....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1. Vymezení syndromu CAN .....	9
2. Jednotlivé formy syndromu CAN .....	10
2.1 Týrání dítěte .....	10
2.2 Zneužívání dítěte .....	11
2.3 Zanedbávání dítěte a psychická deprivace .....	14
2.4 Zvláštní formy .....	15
3. Rizikové faktory .....	18
3.1 Rizikové faktory na straně dospělých a z hlediska funkce rodiny .....	18
3.2 Rizikové faktory na straně dítěte .....	20
3.3 Rizikové faktory z hlediska prostředí, kultury a životních situací .....	21
4. Následky .....	22
5. Prevence .....	25
5.1 Primární prevence .....	25
5.2 Sekundární prevence .....	27
5.3 Terciární a kvartární prevence .....	28
6. Detekce a diagnostika .....	29
EMPIRICKÁ ČÁST .....	31
7. Cíle výzkumu a výzkumné otázky .....	31
8. Design výzkumného projektu .....	32
8.1 Metodika sběru dat .....	32
8.2 Metodika zpracování a analýzy dat .....	33
9. Charakteristika souboru respondentů .....	35
10. Vyhodnocení výsledků .....	36
10.1 Analýza odpovědí pediatrů .....	36
10.2 Analýza odpovědí pedagogů ZŠ .....	40
10.3 Analýza odpovědí neodborné veřejnosti .....	45
10.4 Shrnutí a návrhy efektivních způsobů osvěty .....	48
Diskuse .....	49
Závěr .....	51
Seznam použité literatury .....	53

<b>Seznam obrázků.....</b>	<b>59</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>60</b>
<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>61</b>
<b>Příloha 1.....</b>	<b>I</b>

## Úvod

„Dítě má být chtěné, zdravé, vzdělané, bezpečné a milované“ (Dunovský, 2005b, s. 164). Bohužel ne každé dítě ale má to štěstí prožít dětství bez větších nástrah a překážek. Celá řada dětí musí čelit špatnému zacházení ze strany svých nejbližších, nejčastěji rodičů, kteří z nejrozumnějších důvodů roli milujícího rodiče nedokážou naplnit. Týrání, zanedbávání a zneužívání nabývají různých forem, rozsahu a závažnosti, téměř vždy však zanechávají hluboké rány na těle i duši, které si dítě nese dále do života. Aby bylo možné rozsah následků zmírnit, je klíčové špatné zacházení včas odhalit, nebo mu ideálně úplně předejít, a poskytnout dítěti kvalitní péči a bezpečné zázemí. Věřím, že děti mají dost síly s adekvátní pomocí nepříteli osudu překonat. Taková pomoc předpokládá znalost problematiky a dostatečnou informovanost odborníků i široké veřejnosti. Téma syndromu CAN jsem si pro svou práci zvolila s cílem na závažnost případů týraných, zanedbávaných a zneužívaných dětí upozornit a skromným výzkumným projektem postavit alespoň základní pilíře pro budoucí zkoumání.

Teoretická část je strukturována do šesti kapitol, které přibližují syndrom CAN jako takový, jeho jednotlivé formy, rizikové faktory rozvoje špatného zacházení a jeho následky, dále prevenci, detekci a diagnostiku. Více prostoru je věnováno primární prevenci, která jde ruku v ruce s myšlenkou této práce, tedy s navýšením míry informovanosti. Uvedeny jsou i konkrétní preventivní programy a organizace, které se problematikou CAN zabývají. Výzkumná část práce si klade za cíl získat vhled do informovanosti odborné i laické veřejnosti o syndromu CAN a tím poukázat na směr, jakým by se preventivní programy měly ubírat. Na základě tématické analýzy odpovědí respondentů jsou tedy nejen zpracovány jejich znalosti o CAN, jeho následcích a postupech v případě podezření, ale rovněž jsou navrženy způsoby a prostředky osvěty napříč zvolenými skupinami – dětskými lékaři, pedagogy ZŠ a neodbornou veřejností.

Poznatky jsou opírány o celou řadu odborných publikací. Základním průvodcem problematikou pro mě byla kniha Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě (Dunovský et al., 1995), která je už více než dvacet let stěžejní českou publikací v této oblasti u nás. Dále bakalářská práce čerpá i z některých dalších českých publikací, studií a článků, značnou část literárních zdrojů poskytují také aktuální zahraniční studie. V práci je citováno podle normy APA (American Psychological Association, 2020).



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Vymezení syndromu CAN

Syndrom CAN (zkratka pro *Child Abuse and Neglect*) je převzaté pojmenování pro syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Symptomy se objevují v řadě oblastí života dítěte, včetně psychického i fyzického vývoje a postavení ve společnosti. Příčinou jsou nenáhodné, preventabilní a zpravidla vědomé činy vůči dítěti ze strany pečující či jiné osoby, které jsou společensky odmítané a mají nepříznivý dopad na tělesný, duševní i společenský stav a jeho vývoj. V nejzazších případech může dojít až ke smrti (Dunovský, 1995a).

V návaznosti na literaturu a lékařské zprávy dokumentující nevysvětlitelná poranění dětských pacientů devatenáctého století, vznikla v roce 1883 první organizace zabývající se ochranou dětí – *Národní společnost prevence proti krutostem na dětech* v Liverpoolu. Další organizace vznikla o rok později v Londýně (Lynch, 1985). V roce 1946 americký pediatri John Caffey ve své publikaci poprvé upozornil na souvislost mezi subdurálním hematomem a mnohočetnými zlomeninami dlouhých kostí novorozenců a na jejich nejasnou příčinu vzniku (Caffey, 1946). Následovala řada dalších odborných studií upozorňujících na možnost fyzického násilí či nedostatečné péče ze strany rodičů, což americký pediatri C. Henry Kempe v roce 1962 identifikoval jako Syndrom bitého dítěte – *The Battered Child Syndrome*. Publikace se rozšířila do povědomí široké veřejnosti a řada států začala vnímat týrání dětí jako vážnou problematiku, kterou je třeba aktivně zkoumat a řešit (Lynch, 1985).

Záhy se pozornost rozšířila i na další formy ubližování dítěti – k aktivní formě fyzického násilí se připojila forma pasivní, během níž nejsou v dostatečné míře uspokojovány základní potřeby dítěte. Brzy bylo zřejmé, že děti trpí nejen na fyzické, ale také na psychické a emocionální úrovni. Spojení aktivní a pasivní formy násilí vedlo k formulaci názvu *Child Abuse and Neglect*. Koncem šedesátých let dvacátého století bylo k syndromu CAN zahrnuto i sexuální zneužívání, což rozšířilo jeho rozsah o zvláštní formy zneužívání (Dunovský, 1995a).

## 2. Jednotlivé formy syndromu CAN

Krejčířová (2006a) rozlišuje v rámci syndromu CAN tři základní formy:

- týrání (tělesné i psychické);
- zneužívání (k práci i sexuální);
- zanedbávání a deprivaci dětí.

V literatuře se setkáváme s různými modifikacemi dělení, nicméně základ zůstává stejný. Například Dunovský et al. (1995) mimo jiné přidávají k základním formám i zvláštní formy, mezi které patří například systémové týrání, Münchhausenův syndrom v zastoupení, rituální zneužívání a další. Veškeré uváděné formy se dotýkají jak dětí vyrůstajících v rodinném prostředí, tak dětí v ústavní péči a mnohdy se vzájemně kombinují a prolínají (Krejčířová, 2006a).

### 2.1 Týrání dítěte

Dunovský et al. (1995) dále rozlišují mezi tělesným týráním aktivním a pasivním. Neméně závažné je týrání psychické neboli emoční.

#### Aktivní tělesné týrání

Nejvíce popsanou formou syndromu CAN, na které rovněž stojí jeho formulování, je aktivní fyzické týrání dítěte. Jedná se o veškeré násilné chování vůči dítěti ústící v jeho poranění až smrt. Příkladem je bití, popálení, opaření, nepřiměřené trestání nebo přihlížení násilným činům vůči dítěti (Dunovský & Spilková, 1995). Méně častým příkladem aktivního tělesného týrání je Münchhausenův syndrom v zastoupení, který lze řadit mezi zvláštní formy CAN. Pečující osoba, nejčastěji matka, se dožaduje opakovaných, často invazivních vyšetření a léčby dítěte na základě předstíraných či uměle vytvořených somatických projevů – například otrava či zanášení infekce do ran (Krejčířová, 2006a).

Nejvíce ohroženou skupinou jsou děti v prvním a druhém roce života (Krejčířová, 2006b). Kromě otevřených poranění se setkáváme s otřesy mozku a míchy (často v rámci syndromu třeseného dítěte), pohmožděninami, poraněním kostí, nitrobršních orgánů, či hlavy. Při akutních stavech můžeme pozorovat závrať, bezvědomí, křečové stavy, bolesti břicha a hlavy. Poranění hlavy a nitrobršních orgánů jsou vedle mnohočetných poranění nejčastější příčinou smrti u týraných dětí (Dunovský & Spilková, 1995).

Dalším problémem může být chyba v lékařském úsudku. Jedná se o dvě nejzávažnější chyby – falešně pozitivní a falešně negativní úsudek. Rozhodnutí lékaře, že zranění nejsou následkem nehody, nýbrž fyzického týrání ze strany pečující osoby, mohou mít za následek umístění dítěte do ústavní péče a je velmi obtížné toto rozhodnutí vyvrátit. Naopak falešně negativní úsudek může vést k dalšímu fyzickému utrpení až smrtelným zraněním (Asnes et al., 2021). Detekce a diagnostika nejen fyzického týrání, ale i ostatních forem syndromu CAN bude rozepsána v samostatné kapitole.

### **Pasivní tělesné týrání**

Pasivní formu fyzického týrání představuje nedostatečné uspokojování základních tělesných potřeb dítěte. Jednání může být úmyslné i neúmyslné, například z důvodu nezralosti rodiče. V důsledku nedostatečné výživy dochází k podvýživě, hypovitaminóze a v těžších případech dokonce k zástavě růstu. Mezi pasivní tělesné týrání řadíme rovněž nedostatky v oblasti poskytování zdravotní péče, vzdělání či ošacení, rovněž pak děti vykořisťované – nucené k žebrání nebo práci (Dunovský, 1995b). V případě, že není rozlišováno mezi pasivním a aktivním tělesným týráním, řadíme obecně nedostatečné uspokojování základních potřeb dítěte k formě zanedbávání.

### **Psychické týrání**

Na rozdíl od týrání fyzického, které má jasně dané hranice, je týrání psychické do značné míry těžko identifikovatelné. Rozlišení mezi běžnými rodičovskými chybami, nedokonalými výchovnými strategiemi a psychickým týráním je mnohdy velmi obtížné (Riggs, 2010). Ponižování, posměch, nadávky a nepřiměřená kritika jsou téměř nezachytitelné fenomény, které však mohou mít stejný, ba i vážnější, dopad na vývoj dítěte než samotné tělesné týrání. Jedná se zejména o oblast sebepojetí a vývoje osobnosti (Krejčířová, 2006b).

Riggs (2010) představuje teoretický model, který popisuje vývoj nejisté vazby (*attachmentu*) v návaznosti na psychické týrání v raném věku. Nejistá vazba podporuje rozvoj negativního sebepojetí, využívání maladaptivních copingových strategií, přispívá ke špatnému duševnímu zdraví a narušuje budování intimních vztahů v dospělosti.

## **2.2 Zneužívání dítěte**

Pojem zahrnuje veškeré zneužívání dětí pro uspokojení vlastních potřeb, a to nejen v rodině, ale i mimo domov. Jedná se o nucení k práci, krádežím, žebrání, a především k sexuálním aktivitám (Krejčířová, 2006a).

Než se více zaměřím na velké téma sexuálního zneužívání, ráda bych upozornila na stále velmi aktuální a alarmující téma zneužívání dětí k práci. Mezinárodní Organizace Práce (*International Labour Organization*) definuje zneužívání dětské pracovní síly neboli *child labour*, jako práci, která připravuje děti o jejich dětství, potenciál a důstojnost, a která je škodlivá pro fyzický i duševní vývoj dítěte (Hilowitz, 2004). Zneužívání dětí k práci je obrovským problémem zejména v zemích s nízkým až středním příjmem (*Low to Medium Income Countries*). Byla zjištěna spojitost se špatným růstem, podvýživou, vyšším výskytem infekčních onemocnění, poruchami chování a sníženou schopností vyrovnávat se se stresem (Ibrahim et al., 2019).

### **Sexuální zneužívání dítěte**

Syndrom CAN, jakožto multidimenzionální fenomén, zahrnuje rovněž syndrom sexuálně zneužívaného dítěte, v zahraniční literatuře označovaný jako syndrom *CSA = Child Sexual Abuse* (Dunovský, 2005b). Zdravotní komise rady Evropy definovala sexuální zneužívání dítěte v roce 1992 jako „nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, nebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba“ (Kocourková, 2006, s. 292).

Sexuální zneužívání lze dělit na formu dotykovou a bezdotykovou. K bezdotykovému zneužívání patří zejména exhibicionismus, harassment, voyerismus, nevhodné verbální obtěžování nebo pouštění pornografických videozáznamů dítěti. V rámci dotykové formy dochází k pohlavnímu kontaktu – osahávání, laskání, pohlavnímu styku, análnímu či orálnímu sexu (Halfarová, 1995). K sexuálnímu zneužívání dochází zpravidla v domácím prostředí. Pachatelé jsou ve valné většině případů muži, často se jedná o otce nebo nevlastního otce dítěte, který využívá síly své autority ke kontrole oběti a s tím spojenou ochranou jeho tajemství. Jelikož sexuální zneužívání nemusí nutně vést k viditelným tělesným poraněním, je méně pravděpodobné, že bude odhaleno a brzy nahlášeno. V závislosti na věku dítěte, je navíc mnohdy limitována jak verbální, tak mentální schopnost zneužívání identifikovat a nahlásit. Řada dětí si ani neuvědomuje, co se s nimi vlastně děje (Hassan et al., 2015).

Asnes, et al. (2011) ve své studii zjišťovali důvody, které vedly dětské oběti sexuálního zneužívání k nahlášení nebo naopak k nenahlášení zneužívání. Na základě analýzy forensních rozhovorů identifikovali tři nejčastější důvody, které vedly dítě k nahlášení sexuálního zneužívání. Jednalo se o vnitřní stimuly, vnější vlivy nebo přímé důkazy. Naopak k setrvávání

ve zneužívání a nenahlášení pachatele vedlo celkem pět hlavních faktorů: výhružky ze strany pachatele, strach, nedostatek příležitostí, nedostatek porozumění a vztah s pachatelem.

Přestože je sexuální zneužití samo o sobě psychicky i fyzicky traumatizující událost, v mnoha případech se stává, že si oběť nejprve vybuduje k pachateli pozitivní vztah. Mnohdy se ho pak snaží se chránit nebo dokonce cítí za vzniklou situaci vlastní odpovědnost (Hassan et al., 2015). Doktor Roland Summit popsal syndrom přizpůsobení (*Sexual Abuse Accommodation Syndrome*), jakožto prostředek k pochopení chování dětí, které byly sexuálně zneužívány otcem nebo jiným mužským příbuzným (Kinneer, 2007).

Summit (1983) popisuje pět fází syndromu:

1. Utajování – jestliže dítě nenajde někoho, s kým by mohlo sdílet své tajemství beze strachu z potrestání či nedůvěry, je velmi pravděpodobné, že si zneužívání nechá pro sebe.
2. Bezmocnost – od dětí je vyžadována poslušnost a náklonost vůči dospělému, který o ně pečuje. Jistá závislost dítěte na dospělém vytváří pocit bezmoci, který vede k tomu, že se dítě nebrání a ani si nestěžuje.
3. Svedení a přizpůsobení se – sexuální zneužívání v rodině se často pravidelně opakuje, a protože dítě nemá kam utéct, situaci si zdůvodní a přizpůsobí se jí.
4. Opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení – oficiální nahlášení je často následkem velkého konfliktu uvnitř rodiny, náhodného objevu třetí stranou nebo zásahu organizací na ochranu dětí. Matka obvykle na obvinění partnera, či jiného příbuzného, ze sexuálního zneužívání reaguje nedůvěrou a popřením. Matka je konfrontována s vnitřním dilematem, komu by měla uvěřit a jak se situací naložit. Mnohdy ji navíc pachatel manipulativními technikami přesvědčuje o tom, že si dítě vymýšlí.
5. Odvolání výpovědi – uvnitř dítěte přetrvávají ambivalentní pocity viny a tendence rodinu chránit. Pachatel dítě nazývá lhářem, matka o jeho příběhu pochybuje, oběť, popřípadě i její sourozenci, jsou umístěny do náhradní péče. Dítě z celé situace vychází jako viník. Mnohdy pak svou výpověď i obvinění stáhne.

Jestliže dítě včas nevyhledalo pomoc či se mu nedostalo potřebné intervence, vnímá jako jedinou možnou cestu situaci přijmout a přežít. Zdravé dítě s rozvinutou resiliencí se naučí, jak se sexuálnímu zneužívání přizpůsobit. Důsledkem mechanismů přizpůsobení je však mnohdy rozvoj řady psychopatologických jevů – patologická závislost, sebepoškozování, rozvoj

mnohočetné poruchy osobnosti a další. Dítě, které opakovaně bezmocně čelí sexuálnímu zneužívání, prahne po jakémkoli pocitu moci a kontroly. Jelikož si nepřipouští, že by rodič, jakožto pachatel, opravdu byl bezohledný a zlý, nachází zmiňovanou kontrolu v zoufalém převzetí odpovědnosti za nepříjemné zacházení a víře, že když bude hodné, tak si lásku a přijetí zaslouží (Summit, 1983).

## 2.3 Zanedbávání dítěte a psychická deprivace

O zanedbávání dítěte hovoříme v případě, kdy dítě vyrůstá v prostředí s nedostatkem podnětů potřebných ke zdravému fyzickému a psychickému rozvoji. Jedná se především o rodiny s nízkou socioekonomickou úrovní, kdy dítěti vlivem primitivního prostředí, nedostatečné hygieny, nedostatečným výchovným dohledem, zanedbáváním školní docházky a absencí vyspělých modelů chování nejsou v dostatečné míře uspokojovány základní psychické potřeby a není dále rozvíjen jeho potenciál. Vlivem dlouhodobého zanedbávání pak velmi často dochází k psychické deprivaci, a proto v literatuře pojmy deprivované a zanedbávané dítě mnohdy splývají (Matějček, 1995a; Langmeier & Matějček, 2011).

Přestože se v praxi zpravidla setkáváme s dětmi současně zanedbávanými i deprivovanými, je nutné tyto pojmy odlišit. Psychickou deprivací totiž rozumíme psychický stav vznikající na základě dlouhodobě nedostatečného uspokojování základních psychických potřeb dítěte – nejedná se tedy o potřeby biologické či hmotné, nýbrž psychické, zejména pak o potřebu rodičovské lásky. Můžeme se tedy setkat s dětmi, které sice vyrůstaly v rodině materiálně zabezpečené, ale přesto je jejich citový, sociální nebo sensorický vývoj značně narušen, a to právě v důsledku emoční zanedbanosti, nedostatku lásky a pevného emočního pouta. Stejně tak mohou být děti, i přes zanedbávání například hygieny nebo školní docházky, emočně zcela saturované, a tedy u nich k psychické deprivaci buď vůbec nedochází nebo hovoříme o lehčí formě, tzv. subdeprivaci (Langmeier & Matějček, 2011). Psychická deprivace často postihuje děti, které již od útlého věku vyrůstaly v ústavním zařízení a neměly tak možnost vytvořit si pevnou citovou vazbu k dospělému (Krejčířová, 2006a).

Extrémními případy psychické deprivace jsou situace, kdy děti vyrůstají v naprosté izolaci, tedy zcela nebo téměř zcela mimo lidskou kulturu a společnost. Takovým dětem se přezdívá *vlčí děti*. Vlivem naprosté izolace se základní psychické potřeby nejen neuspokojují, ale ani se nikterak nerozvíjí a zůstávají tak na zcela elementární úrovni. Jedním z nejznámějších je případ Amaly a Kamaly, který v roce 1940 zpracoval Arnold Gesell. Děvčata od útlého dětství vyrůstala ve společenství vlků. Když je našli, bylo jim přibližně 1,5 roku a 8 let. Ukázalo

se, že dívky byly plně přizpůsobeny životu ve vlčím doupěti – pohybovaly se po čtyřech, potravu přijímaly zvířecím způsobem, vyjadřovaly se pouze nejistým vlčím vytím a z lidí měly strach. Obě dívky podstupovaly převýchovu, avšak poměrně brzy zemřely. Dalším velmi známým případem je Kašpar Hauser, který rovněž vyrůstal v kompletní sociální izolaci, ovšem z důvodu nevhodného zacházení ze strany rodičů (Langmeier & Matějček, 2011).

## **2.4 Zvláštní formy**

Dunovský et al. (1995) rozlišují v rámci syndromu CAN i zvláštní formy. Řadí sem systémové týrání, organizované zneužívání, rituální zneužívání, sexuální turismus a Münchhausenův syndrom v zastoupení. V následujících řádcích budou jednotlivé formy stručně popsány.

### **Systémové týrání**

Systémové týrání, druhotné ubližování nebo sekundární viktimizace – poškozování dítěte systémem, který by měl sloužit k jeho ochraně. Jedná se například o okamžité odebrání dítěte z péče rodičů bez jakékoli intervence nebo o nedostatečnou péči v náhradní rodině či dětském domově. Řadíme sem rovněž druhotné zraňování dítěte necitlivým přístupem odborníků, a to zpravidla během policejních výslechů či lékařských a psychologických. Dítě je tak nuceno své trauma bez jakéhokoli ošetření znovu prožívat, a tím dochází k druhotné viktimizaci (Dunovský, 1995c).

### **Organizované zneužívání**

V posledních letech se v médiích setkáváme s větším množstvím případů organizovaného sexuálního zneužívání – příkladem může být zdokumentovaný případ Jeffreyho Epsteina, který byl odsouzen za zneužívání dětí a dětskou prostituci nebo případ Anneke Lucas, která naopak sama přežila několik dětských let jako sexuální otrokyně a nyní svůj příběh v rámci celosvětové osvěty předává dál (Lucas, 2018).

Dunovský (2005) hovoří o komerčním sexuálním zneužívání dětí, v zahraniční literatuře označován jako CSEC (*Commercial Sexual Exploitation of Children*). Jedná se o „každé užití dítěte pro sexuální účely za finanční či jinou odměnu“ (Dunovský, 2005a, s. 139). Patří sem dětská pornografie, dětská prostituce a obchod s dětmi. Problematikou velice rozšířeného komerčního zneužívání dětí se zabývají instituce jako je OSN, UNICEF, příslušné instituce EU a nevládní organizace. CSEC je celosvětovým problémem, který se vyskytuje napříč státy a který se pojí i s řadou dalších faktorů – chudobou, dysfunkcí rodiny nebo například i tabuizací (Dunovský, 2005a).

## **Rituální zneužívání**

Finklehor (in La Fontaine, 1993) definuje rituální zneužívání jako zneužívání v kontextu symbolů nebo skupinové aktivity, která má náboženský, magický nebo nadpřirozený podtext. Zneužívání se opakuje a je prostředkem k zastrašování dětí.

## **Sexuální turismus**

Sexuální turistika se rovná návštěvě země s účelem sexuálního uspokojení. V rámci syndromu CAN tak hovoříme o vycestování do cizí země se záměrem najít dítě pro sexuální zneužití. Cizinci si tak hledají země, kde se vyskytuje více dětské prostituce či kde vnímají vyšší množství sexuálně dostupných mladých lidí (Dunovský, 1995c).

## **Münchhausenův syndrom v zastoupení**

V americkém diagnostickém a statistickém manuálu mentálních onemocnění DSM-5 můžeme Münchhausenův syndrom v zastoupení (MSbP) najít pod názvem FDIA = *Factitious Disorder Imposed on Another*, ve volném překladu se jedná o předstíranou poruchu s působením na jiné osobě (Faedda et al., 2018). V evropské Mezinárodní klasifikaci nemocí speciální formu Münchhausenova syndromu, Münchhausenův syndrom v zastoupení, nenajdeme. Münchhausenův syndrom, nebo také syndrom barona Prášila, jako takový, je klasifikován mezi jinými poruchami osobnostmi – F68.1 Záměrná produkce nebo předstírání symptomů nebo neschopností somatických nebo psychických (padělaná porucha). „Subjekt opakovaně předstírá symptomy bez zjevného důvodu a může se dokonce i sebepoškozovat, aby si způsobil symptomy nebo příznaky. Motivace je nejasná, pravděpodobně vnitřním důvodem je převzetí role nemocného. Porucha je často kombinována s výraznou poruchou osobnosti a vztahů“ (ÚZIS, 2020).

Münchhausenův syndrom v zastoupení je speciální formou této poruchy – dotyčný totiž symptomy nepředstírá u sebe, nýbrž je uměle navozuje u jiné osoby, zpravidla u dítěte. MSbP poprvé popsal britský pediatr Roy Meadow v roce 1977, kdy popsal případ dítěte, u kterého byla v moči nalezena krev jeho matky a případ dítěte, které zemřelo na otravu solí. Představa, že by rodič dítěti úmyslně ubližoval jen proto, aby mohl po lékařích vyžadovat nejrůznější druhy léčby a invazivních vyšetření, je pro mnohé nepředstavitelná. Právě proto je detekce a diagnostika této zvláštní formy týrání dítěte opravdu náročná a mnohdy trvá dlouhou dobu, než se případ odhalí (Squires, 2010).

Přestože se o MSbP hovoří jako o vzácné poruše, nemusí tomu tak nutně být. Velké množství případů zůstává neodhaleno. Proto je velice důležitá role pediatra, který by měl být



s problematikou tohoto syndromu dobře obeznámen, aby byl schopen jej včas detekovat. Velmi důležité je celý případ pečlivě dokumentovat, získat podrobnou anamnézu, zmapovat rodinné zázemí dítěte, sledovat chování dítěte a zaujmout citlivý přístup (Dunovský, 1995c). Pokud se nepodaří MSbP včas odhalit, může dojít ke smrti dítěte, a to v 6–10 % případů. Varovnými signály by měly být trvalé a opakující se příznaky, nekonzistence klinických nálezů a příznaky objevující se pouze v přítomnosti osoby trpící danou poruchou, zpravidla matky dítěte (Unal et al., 2017).

### 3. Rizikové faktory

Faktorů zvyšujících riziko výskytu CAN je celá řada. Na základě Bronfenbrennerovy teorie ekologického modelu vývoje popsal Belsky (1980) ekologický model týrání, zanedbávání a zneužívání dětí, který zdůrazňuje, že nelze najít jeden jediný faktor, který by kauzálně vedl ke špatnému zacházení s dítětem. Jedná se o více faktorů, které na úrovni jedince, rodiny, komunity a kultury ve vzájemné interakci zvyšují pravděpodobnost týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte.

Níže dále rozvedu v literatuře nejčastěji zmiňované základní rizikové faktory, které dělím do tří hlavních skupin:

- rizikové faktory na straně dospělých a z hlediska funkce rodiny;
- rizikové faktory na straně dítěte;
- rizikové faktory z hlediska prostředí, kultury a životních situací.

#### 3.1 Rizikové faktory na straně dospělých a z hlediska funkce rodiny

Týrání, zanedbávání či zneužívání dětí přichází zpravidla ze strany primárních vychovatelů dítěte, tedy rodičů. Na základě národní americké studie (NIS-4) mapující výskyt syndromu CAN se jedná o v průměru 81 % případů, kdy je pachatelem biologický rodič dítěte. Významnou proměnnou je kromě vztahu k dítěti i pohlaví rodiče – například pachateli sexuálního zneužívání jsou z 87 % muži, zatímco zanedbávání přichází z 86 % ze strany ženy. To však souvisí rovněž s tím, že jsou to obvykle právě matky, které jsou primárně zodpovědné za případné selhání v péči o dítě, tedy o její zanedbání (Sedlak et al., 2010).

Dalším podstatným faktorem zvyšujícím riziko rozvoje nevhodného chování vůči dítěti, zejména pak zanedbávání, je abúzus drog či alkoholu. Valná většina rodin, která přichází do styku se službami sociálně-právní ochrany dětí, má problém se zneužíváním návykových látek (McKoy & Keen, 2014). Vyšší pravděpodobnost výskytu CAN je rovněž v rodinách s nízkou socio-ekonomickou úrovní. Riziko zneužívání či týrání je zde více než třikrát vyšší, riziko zanedbávání dokonce sedmkrát vyšší. Rizikovým faktorem může být i nezaměstnanost rodičů a sociální izolace rodiny (Sedlak et al., 2010; McKoy & Keen, 2014).

Rozsáhlá longitudinální studie z Columbia University ukázala, že mládí matky a přítomnost sociopatie je důležitým prediktorem všech tří forem špatného zacházení s dítětem (Brown et al., 1998). Přítomnost duševního onemocnění, zejména pak deprese, je dalším důležitým prediktivním faktorem. Depresivní matky nejenže postrádají pozitivní interakce se

svými dětmi a jsou méně citově angažované, ale dokonce se vůči nim mnohdy chovají nepřátelsky a užívají přísnější tresty. Extrémní dopad může mít psychotická poporodní deprese, která je spojována s usmrcením novorozence. Určité riziko představují však i osoby s určitými specifickými osobnostními rysy, jako jsou například pocity méněcennosti, impulzivita, nízké sebevědomí, nízká frustrační tolerance nebo úzkostnost (McKoy & Keen, 2014).

Řada rodičů, kteří se svými dětmi nevhodně zacházejí či jim neposkytují potřebnou základní péči, zkrátka na rodičovství ještě není připravena. S tím souvisí jejich nedostatečná vyzrálost a informovanost o vývoji a potřebách dítěte, což může mít za následek právě i jejich neúmyslné zanedbávání. Neadekvátní znalosti v oblasti péče o dítě pak mohou vést k přehnanému lpění na fyzických trestech, mnohdy jednoduše proto, že rodič nezná vhodnější způsob výchovy. Z těchto důvodů jsou za další významné rizikové proměnné považovány věk a vzdělání rodičů (McKoy & Keen, 2014). V rodinách, ve kterých lze pozorovat dysfunkční vztahy mezi jejími členy, dochází mnohdy nejen k násilí, ale rovněž k sexuálnímu zneužívání dítěte – nejčastěji se jedná o dceru zneužívanou otcem. V případech sexuálního zneužívání vlastních dětí hovoříme o incestním chování, v případě zneužívání nevlastních dětí se můžeme setkat s pojmem pseudoincest (Weiss, 2005).

Rizikovým dospělým v oblasti sexuálního zneužívání je také jedinec trpící pedofilií, parafilií, během které jedince sexuálně vzrušují chlapci či dívky v prepubertálním věku. „Pedofilové jsou lidé, kteří preferují jak fyzickou nezralost objektu, tedy nepřítomnost sekundárních pohlavních znaků, tak i jeho dětské chování“ (Weiss, 2005, s. 14). Nejedná se však pouze o sexuální vzrušení, ale o vztah k dětem jako takový. Pedofilní jedinci dětem velmi dobře rozumí, cítí se s nimi uvolněně a zpravidla jsou i mezi dětmi právě z těchto důvodů velmi oblíbení. Jestliže jedinec nepodlehne svým sexuálním touhám, může z něj díky sublimaci být úspěšný učitel, trenér či autor dětských knih. Obecně vzato tvoří paradoxně pedofilní pachatel pro tělesné zdraví dítěte menší riziko než nepedofilní pachatel. Zpravidla dochází ke škádlení, případně masturbaci či orálnímu sexu, jen zřídka však dojde k pohlavnímu styku. Nejčastější patologií u pachatelů sexuálního zneužívání dětí jsou poruchy osobnosti (Weiss, 2005).

V posledních letech se poměrně hojně diskutuje nad tím, zda se sklony k týrání, zneužívání či zanedbávání dětí přenáší z generace na generaci. Z literatury<sup>1</sup> známe téma transgeneračního přenosu traumatu, zejména co se týče přeživších holocaustu, intergenerační přenos tendencí ke špatnému zacházení s dítětem je však stále diskutován. Assink et al. (2018)

---

<sup>1</sup> Například známá kniha Transgenerační přenos (nejen) traumatu docenta Marka Preisse.

provedli metaanalýzu, na základě které došli k závěru, že v rodinách, kde rodiče sami nějakou formou CAN v dětství prošli, je pravděpodobnost jeho rozvoje u vlastních dětí téměř třikrát vyšší než u rodičů bez vlastní zkušenosti s týráním, zanedbáváním nebo zneužíváním.

Madigan et al. (2019) však upozorňují na značné metodologické nedostatky v souvislosti se studiemi, které teorii transgeneračního přenosu sklonů ke špatnému zacházení s dětmi potvrzují. Dokonce se uvádí, že s vyšší metodologickou přesností tato mezigenerační souvislost slábne. V rámci rozsáhlé metaanalýzy zkoumali celkem 142 studií, včetně kontroly metodologických kvalit. Analýza odhalila, že souvislost mezi historií týrání u rodičů a následném výskytu týrání u jejich dětí skutečně je signifikantní. Ačkoli se jedná pouze o mírnou korelaci, důležitým zjištěním je, že hypotéza o cyklu špatného zacházení byla potvrzena. U rodičů, kteří týrání, zanedbávání či zneužívání prožili je více než dvakrát vyšší pravděpodobnost, že jejich děti se rovněž stanou oběťmi CAN. Porození procesů, které generace v tomto smyslu spojují je zcela zásadní pro budoucí rozvoj intervenčních a preventivních strategií, které by mohly tento cyklus prolomit.

### **3.2 Rizikové faktory na straně dítěte**

Dětské oběti týrání, zanedbávání nebo zneužívání by nikdy neměly být obviňovány za špatné zacházení, kterému byly vystaveny. Nicméně lze jmenovat určité faktory, které mohou u daného dítěte zvyšovat riziko, že se stane terčem špatného zacházení. Jedná se například o tak základní charakteristiky, jako je pohlaví nebo věk – u dívek je vyšší riziko sexuálního zneužívání než u chlapců, u mladších dětí je obecně více pravděpodobné, že se stanou oběťmi CAN než u starších dětí, jelikož jsou na svých pečovateli více závislé a rodiče se u nich mnohdy uchylují ke stále ještě obecně přijímanému tělesnému trestání. Jedná se o neměnné faktory, které nám však ukazují, které děti mohou potřebovat zvláštní ochranu a jakou cestou směřovat preventivní opatření (McKoy & Keen, 2014).

Velmi ohroženou skupinou jsou děti se zdravotním postižením. Tyto děti čelí týráním, zanedbáváním nebo zneužíváním dokonce třikrát až čtyřikrát častěji než jejich zdraví vrstevníci (Murphy, 2011). Rizikové jsou rovněž děti s opožděným vývojem, psychickým onemocněním nebo obtížným temperamentem (McKoy & Keen, 2014).

Dunovský et al. (1995) dělí rizikové děti do tří skupin:

- děti, které dospělého vyčerpávají (například plačtivé, nevrle nebo vztekající se děti vyvolávající nepřiměřené reakce dospělého);

- děti s málo pochopitelným chováním (například autistické, psychotické či děti s poruchou komunikace, řeči);
- děti, které nesplňují očekávání rodičů (například děti mentálně retardované či vývojově opožděné).

Samotné charakteristiky dítěte však k předurčení špatného zacházení zdaleka nestačí. Při určování míry rizika je třeba brát v úvahu faktory ze všech zmiňovaných oblastí a uvažovat komplexitu fenoménu syndromu CAN.

### **3.3 Rizikové faktory z hlediska prostředí, kultury a životních situací**

Kromě zkoumání dětí, dospělých a rodin jako takových, je potřeba zaměřit pozornost i na prostředí, stav, společnost a kulturu, v níž se daná rodina pohybuje.

Bohužel velmi častou, avšak nelehkou událostí, se kterou se rodina potýká, je rozvod rodičů. Napjatá atmosféra, hádky a nepřátelské chování rodičů k sobě navzájem nepříznivě působí na dítě kteréhokoli věku. Situace značně ohrožuje základní potřebu jistoty a bezpečí. Dalším problematickým jevem je zneužívání dítěte v boji proti partnerovi. Dítě je mnohdy jedním nebo dokonce oběma rodiči manipulováno. Hostilní atmosféra v rodině a agresivní chování rodičů může vést až k emočnímu týrání dítěte (Dytrych, 1995).

S rozpadem původní rodiny samozřejmě souvisí i vytváření nové, tzv. doplněné rodiny (Dytrych, 1995). S přibývajícím počtem rozvedených rodičů s dětmi se zvyšuje riziko pseudoincestu – sexuálního zneužívání dítěte nevlastním rodičem. Nejčastěji se jedná o otčíma a nevlastní dceru (Zvěřina, 2005). „Nevlastní otec necítí vůči nevlastní dceři žádné sexuální tabu, a pokud je cítí, je to dáno pouze ohledem na partnerku, nikoli ohledem na dceru“ (Dytrych, 1995, s. 119). Největší riziko představují dívky v prepubertálním či pubertálním věku. Může docházet nejen k sexuálnímu obtěžování a zneužívání, ale rovněž k hostilnímu a agresivnímu chování. Další potenciálně problematickou situací je narození nechtěného dítěte. Na základě třicetileté longitudinální studie profesora Matějčka se ukázalo, že záporný postoj matky k těhotenství měl negativní vliv na vývoj dítěte. Nechtěné děti vykazovaly horší výkony ve škole, častější nemocnost, menší oblíbenost a později dokonce obecně nižší životní spokojenost. U nechtěných dětí docházelo k rozvoji tzv. psychické subdeprivace, a to v důsledku nedostatečného uspokojování základních psychických potřeb dítěte esenciálních pro zdravý psychosociální rozvoj (Dytrych, 1995).

## 4. Následky

Následků, se kterými se týrané, zanedbávané či zneužívané děti musí v životě potýkat je celá řada – od méně závažných po vysoce závažné, krátkodobých po dlouhodobé a od viditelných po neviditelné, avšak neméně závažné, duševní následky prožitého traumatu. Níže uvádím jen některé z nich.

### Psychiatrické následky

V posledních letech se na základě mnoha výzkumů (Greenberg et al., 2018; Heim et al., 2010; Lippard & Nemeroff, 2020) podařilo odhalit a vysvětlit velké množství nejrozumnějších možných dopadů. Špatné zacházení s dítětem například zvyšuje riziko výskytu psychiatrických onemocnění – poruch nálad, úzkostných poruch, PTSD, poruch osobnosti nebo vznik závislosti (Lippard & Nemeroff, 2020). Následkem neadekvátní péče o dítě může mimo jiné dojít k rozvoji reaktivní poruchy přichylnosti v dětství (F94.1), která je typická sociální nezralostí a opožděným vývojem řeči (Krejčířová, 2006c). Vzniká následkem značného nezájmu ze strany rodičů, zneužívání nebo jiné formy CAN. Kromě atypických sociálních projevů se pojí rovněž s bázlivostí, nespavostí, agresí (ÚZIS, 2020). Zážitek nepříznivého zacházení v dětství souvisí také s dřívějším rozvojem daného onemocnění, závažnějším klinickým průběhem a pomalejší účinností farmak a psychoterapie (Lippard & Nemeroff, 2020).

### Tělesné a zdravotní následky

Kromě různě rozsáhlých, závažných a trvalých tělesných následků fyzického týrání, jako jsou modřiny, fraktury, popáleniny, poškození mozku a další (McCoy & Keen, 2014) je špatné zacházení s dítětem v raném věku spojováno rovněž se zvýšenou citlivostí vůči rozvoji některých závažných somatických onemocnění. Jedná se například o infarkt myokardu, ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkovou příhodu, diabetes mellitus 2. typu, astma a některé formy onkologického onemocnění. Výsledným efektem je zkrácená očekávaná délka života obětí zneužívání, zanedbávání či týrání (Lippard & Nemeroff, 2020).

### Psychická deprivace

Značné množství dětí týraných, zneužívaných nebo zanedbávaných je rovněž současně psychicky deprivováno. Důsledkem citové a sociální deprivace může být narušení kognitivního a motorického vývoje (vývojová retardace, poruchy somatického vývoje) nebo narušení vývoje osobnosti. Opoždění vývoje řeči a sociální zralosti se zpravidla poskytnutím adekvátní péče upraví. Narušený vývoj osobnosti představuje problémy zejména v oblasti navazování hlubších citových vazeb, v krajních případech vede k rozvoji poruch osobnosti. Emočně

deprivované děti se mohou jevit jako sociálně hyperaktivní, tzn. nemají strach z cizích lidí a mnohdy se asertivně dožadují pozornosti dospělých, některé děti se pozornosti dožadují dokonce záměrnou provokací (včetně agresivních projevů) nebo naopak děti utlumené, pasivní až apatické (Krejčířová, 2006d).

### **Trauma, posttraumatická stresová porucha a posttraumatický rozvoj**

Hovoříme-li o následcích CAN, je nutné se rovněž zmínit o možném rozvoji traumatu. Kocourková (2017, s. 128) popisuje traumatickou zkušenost jako situaci, „která představuje přítomnou nebo hrozící smrt, vážné zranění nebo ohrožení fyzické integrity své nebo druhých“. Může být doprovázena pocity bezmoci a strachu, ale i studu a viny. Trauma lze dělit na dva typy – trauma jako důsledek jednorázových, neočekávaných událostí nebo trauma vznikající v důsledku dlouhodobého nebo opakovaného vystavení traumatickým zkušenostem. Jednorázové trauma mnohdy vede k rozvoji posttraumatické stresové poruchy, která se projevuje vyhybavým chováním, hyperaktivací a znovuprožíváním traumatu. Oproti tomu následky dlouhodobého traumatu zahrnují spíše masivní popření a vytěsnění, disociaci, identifikaci s agresorem a mnohdy vedou k časnému rozvoji poruch osobnosti. Poměrně časté je rovněž prolínání obou typů, které může nastat v momentě, kdy jedna traumatizující událostí odstartuje celou řadu dalších traumatických zážitků (Terr, 1991). Se zvyšující se závažností, četností a trváním se zvyšuje i pravděpodobnost vzniku depresí a dalších psychických poruch (Heim et al., 2010). V důsledku dlouhodobého, opakovaného vystavení traumatickým zkušenostem (například domácímu násilí, sexuálnímu zneužívání a jiným) dochází k rozvoji tzv. komplexního neboli vývojového traumatu (Kocourková, 2017). Tato speciální forma posttraumatické stresové poruchy je nově zařazena v ICD-11<sup>2</sup>, jako Komplexní posttraumatická stresová porucha (6B41). Kromě diagnostických kritérií typických pro PTSD se projevuje rovněž závažnými a přetrvávajícími problémy s regulací afektů, pocity méněcennosti, viny a studu, negativním sebepojetím a navazováním blízkých vztahů s druhými. Následkem jsou obtíže v řadě oblastí fungování jedince (WHO, 2020).

Traumatické zkušenosti v dětství však mohou v některých případech vést i ke zcela opačnému výsledku – k posttraumatickému rozvoji. Téma posttraumatického rozvoje je v posledních letech tématem řady studií, které sledují zvýšení prosociálního chování, altruismu nebo například soucitu v reakci na trauma. Greenberg et al. (2018) jako první zjistili, že prožití traumatu v dětství může rovněž vést ke zvýšení úrovně empatie v dospělosti, a to v porovnání

---

<sup>2</sup> ICD-11 vyjde v platnost 1. ledna 2022 (WHO, 2018).

s jedinci, kteří traumatickou událostí v dětství neprošli. Překonání traumatu v případech posttraumatického růstu dlouhodobě zvyšuje schopnost jedince zaujmout perspektivu druhého člověka a lépe porozumět jeho mentálnímu a emočnímu stavu. Závažnost traumatu dokonce pozitivně korelovala s úrovní empatie, a to proto, že traumatická událost zvyšuje pozornost jedince k emocím a prostředí skrze zvýšenou reaktivitu amygdaly, což vede právě ke zlepšení schopnosti rozpoznat, porozumět a reagovat na podobné stavy u druhých. Studie se dlouhou dobu zabývaly zejména negativními následky traumatu, nicméně je na místě věnovat pozornost i důsledkům pozitivním – možnosti vyléčení, rozvoji resilience, zdravým copingovým strategiím a osobnostnímu růstu (Greenberg et al., 2018).



## 5. Prevence

Jak bylo uvedeno v předešlé kapitole, závažnost následků špatného zacházení s dětmi je opravdu rozsáhlá a ovlivňuje řadu oblastí života a vývoje jedince. Dle statistik MPSV byl dlouhodobě sledován 10% meziroční nárůst evidovaných případů týraných, zanedbávaných či zneužívaných dětí (Baudyšová, 2015). V letech 2018 a 2019 se jednalo o více než devět tisíc případů. V loňském roce se evidovaný počet dětí s CAN snížil na 7539 (MPSV, 2019; MPSV, 2020; MPSV, 2021). K nahlášení došlo ve valné většině případů ze strany zdravotnického, školského nebo ústavního zařízení (MPSV, 2021). O důvodech a příčinách poklesu evidovaných případů můžeme v tuto chvíli pouze spekulovat. Jisté však zůstává, že role prevence je zcela zásadní a je třeba na ni klást velký důraz. Podporou stávajících a zaváděním nových efektivních preventivních programů jsme na nejlepší cestě k tomu, zajistit dětem bezpečné prostředí ke zdravému vývoji (McCoy & Keen, 2014).

Prevenci lze dělit na primární, sekundární a terciární, v některé literatuře se setkáme i s prevencí kvartární (Dunovský 2005b; McCoy & Keen, 2014). Vzhledem k zaměření práce bude rozpracována zejména tematika primární prevence, která se soustředí na vzdělávání a informování populace s cílem navýšit povědomí o CAN, a pomoci předejít rozvoji špatného zacházení s dětmi.

### 5.1 Primární prevence

Programy primární prevence cílí na celou populaci, na širokou veřejnost – dospělou i dětskou. Záměrem je danému jevu zcela předejít, a to zejména tím, že budeme veřejnost skrze vzdělávací programy a osvětové kampaně vhodným způsobem se syndromem CAN seznamovat a informovat o jeho vysokém výskytu, závažnosti jeho následků a o postupu v případě podezření na špatné zacházení s dítětem. Díky tomu je možné navýšit obecné povědomí i znalosti o problematice CAN a tím měnit postoje či dokonce chování (Dunovský 2005b; McCoy & Keen, 2014). V rámci primární prevence lze dále rozlišit tři roviny působení: působení na širokou veřejnost, působení na budoucí i stávající rodiče a vychovatele a působení na odborné pracovníky (Matějček 1995b).

Podstatnou součástí je zdůraznění odpovědnosti primárních pečovatелů poskytnout dítěti kvalitní péči, uspokojit jeho základní potřeby a znát jeho práva. „Dítě má být chtěné, zdravé, vzdělané, bezpečné a milované“ (Dunovský, 2005b, s. 164). Cílením na dětskou populaci se děti seznamují se svými právy, s potenciálními hrozbami a organizacemi, kam se mohou

v případě špatného zacházení obrátit. V rámci problematiky sexuálního zneužívání je rovněž velice důležité poskytnutí kvalitní sexuální výchovy ve školách (Dunovský, 2005b).

MVČR vypracovalo na základě doporučení Světové zprávy o násilí na dětech ze strany OSN ve spolupráci s WHO pro období 2008–2018 Národní strategii prevenci násilí na dětech. Hlavním cílem byla právě podpora primární prevence skrze osvětové kampaně a edukační programy, změny postojů k násilí na dětech, a to s nulovou tolerancí, a zavedení specifických vzdělávacích programů pro osoby, které v práci přicházejí do kontaktu s ohroženými dětmi (MVČR, n.d.). Poměrně známou osvětovou kampaní je STOP! násilí na dětech od Nadace Naše dítě. Kampaň v boji proti násilí na dětech má za cíl navýšit povědomí odborné i neodborné veřejnosti o problematice nepřiměřených tělesných trestů, týrání a zneužívání. Součástí je i několik video spotů a pomoc od známých osobností. Nadace Naše dítě organizuje i další osvětové kampaně – například osvětu žáků na základních a středních školách formou videí na různá témata, včetně týrání dětí a dětských práv (Nadace Naše dítě, n.d.).

Součástí Národní strategie prevence proti násilí na dětech byla rovněž podpora prevence a informovanosti ve školství (MVČR, n.d.). Příkladem je přehledně zpracovaný a snadno dostupný „Krizový plán při podezření na týrání či zneužívání dítěte či syndromu CAN“ ZŠ Veselí nad Lužnicí pro školní rok 2020/2021 (ZŠ Veselí nad Lužnicí, 2020). Součástí je přehled jednotlivých forem CAN, projevy ohroženého dítěte a možné známky týrání, zanedbávání či zneužívání, bezpečnostní plán v případě podezření na CAN a příslušné odkazy na služby a centra zabývající se pomocí ohroženým dětem (ZŠ Veselí nad Lužnicí, 2020).

MPSV vytvořilo dále v rámci Národní strategie prevence proti násilí na dětech webový portál Právo na dětství poskytující celou řadu informací a materiálů ohledně problematiky týrání, zanedbávání a zneužívání dětí a samotných práv dítěte. Obsah je přizpůsoben jak laické a odborné veřejnosti, tak i dětem, které se v problematice situaci ocitnou, a přispívá tak k vytvoření systému na jejich ochranu (MPSV, 2013).

Dalším krokem z oblasti primární prevence, je Světový den prevence týrání a zneužívání dětí, kterým si od roku 2000 připomínáme práva dítěte vyplývající z Úmluvy o právech dítěte z roku 1989. Světový den prevence týrání a zneužívání dětí stanovila nadace Women's World Summit Foundation (WWSF) na 19. listopad. Další den si připomínáme výročí přijetí Úmluvy o právech dítěte. V tyto dny se rovněž konají různé akce a odborné konference s cílem navýšení informovanosti o této problematice (MŠMT, 2015; Nadace Naše dítě, n.d.; WWSF, 2019).

Významnou úlohu v rámci prevence mají rovněž organizace, které se přímo zabývají pomocí ohroženým dětem. Rozsáhlou preventivní činnost poskytuje například Dětské krizové centrum. V rámci primární prevence organizují edukační přednášky, odborné semináře, konzultace a nejrůznější akce, a to jak pro děti, tak odbornou i širokou veřejnost. Dále pak články v médiích, osvětu v televizi či rozhlasu nebo vydávání různých materiálů, jako jsou brožury, letáky a komiksy s tematikou CAN s cílem navýšit informovanost v ČR (DKC, 2021).

Velmi aktivní je rovněž centrum Locika pomáhající dětem ohroženým násilím. Locika organizuje nejrůznější projekty – například projekt Včas a spolu III., který si klade za cíl navýšení informovanosti především u dětí a učitelů, ohledně možností, kde a jak hledat pomoc. Další důležitou činností centra Locika je program Dětství bez násilí, do kterého se zapojila celá řada známých českých osobností. Vzniklo několik krátkých video spotů, které vyzývají děti, aby se v případě ohrožení nebály požádat o pomoc. Součástí jsou také plakáty, brožury a přehledné postupy pro ohrožené děti, rodiče nebo odborníky. Centrum Locika nabízí kromě osobních konzultací pomoc i přes telefonickou linku a nově i přes chat. Další významnou aktivitou centra Locika jsou komunitní setkávání (KOS) pro řešení případů domácího násilí. Setkává se zde skupina odborníků (lékaři, učitelé, sociální pracovníci, policisté a další) s cílem vytvořit fungující systém péče o ohrožené děti napříč všemi potřebnými oblastmi tak, aby bylo dítě co nejlépe zabezpečeno (Locika, 2020).

Působení na odbornou veřejnost se od působení na širokou veřejnost a stávající či budoucí rodiče samozřejmě trochu liší. Prostředkem pro navýšení informovanosti jsou v těchto případech zejména odborné studie, výzkumy a publikace. Odbornou veřejností jsou zde myšleni zejména lékaři, učitelé, sociální pracovníci, psychologové a další, kteří s dětmi přicházejí nejčastěji do styku (Matějček, 1995b).

## **5.2 Sekundární prevence**

Záměr sekundární prevence je o něco užší, než je to u prevence primární. Cílí na skupiny lidí, u nichž je pravděpodobnost výskytu CAN zvýšená, a to jak ze strany oběti, tak ze strany pachatele. Jedná se tedy o působení na rizikové dospělé, rizikové děti a na rodiny v rizikových situacích či podmínkách. Například v DKC se v rámci sekundární prevence zaměřují zejména na rodiny, kde se vyskytují sociálně patologické jevy, jako jsou závislosti, vztahové dysfunkce nebo duševní poruchy a nemoci (DKC, 2021).

Klíčové pro sekundární prevenci je vytipování a odhalení rizikových jedinců a rodin. Podstatným krokem je tedy zajistit, aby si lidé byli vědomi vlastní rizikovosti nebo rizikovosti situace, v níž se rodina zrovna nachází (Matějček, 1995b).

Pro úspěšnou sekundární prevenci je důležitá role zdravotníků, sociálních pracovníků, policie, pedagogicko-psychologických poraden a psychiatrických pracovišť, a to z toho důvodu, že mají nejbližší ke spolehlivému vytipování rizikových pachatelů i obětí. Klíčová je zde také všímavost učitelů základních či mateřských škol vůči svým žákům, a tedy rozpoznání rizikového dítěte. Aby bylo možné cílené preventivní programy pro rizikové skupiny obyvatelstva zajistit, je nutné, aby fungovaly efektivní programy primární prevence, které zajistí dostatečnou informovanost široké veřejnosti. Cílená sekundární prevence pak působí na konkrétní jedince a skupiny s cílem týrání, zanedbávání nebo zneužívání předejít. Mnohdy se tak primární a sekundární prevence prolíná (Täubner, 2005).

### **5.3 Terciární a kvartární prevence**

Terciární prevence se oproti primární a sekundární prevenci zaměřuje na jedince, u nichž k týrání, zanedbávání či zneužívání již došlo. Jejím cílem je zamezit dalšímu špatnému zacházení s dítětem, a to skrze vhodně zvolený postup ze strany lékaře, pedagoga či rodičů (Täubner, 2005). Programy terciární prevence se rovněž snaží minimalizovat negativní dopady, intenzitu a závažnost vzniklého problému, předejít dalším komplikacím a snížit recidivu (McCoy & Keen, 2014).

Täubner (2005) hovoří o dvou etapách terciární prevence – o etapě diagnostické a etapě pomocné, ochranné a terapeutické. V rámci diagnostické etapy dochází ke zhodnocení míry poškození dítěte, a to z pohledu lékaře, psychologa a právníka. Výsledkem je individuální návrh efektivního postupu terciární prevence, tedy intervence, u dané oběti. V druhé etapě je rozhodováno o ponechání či odebrání dítěte z rodiny. Klíčová je v této fázi dostatečná kvalifikace lékařů, psychologů a pedagogů, v problematice CAN, a to jak v diagnostice, tak v následné terapii.

Kvartární prevence pak cílí na děti, které byly z důvodu potřebné léčby či ochrany z rodiny odebrány a po určité době se do původní rodiny opět vrací. Podstatou je zajistit, že bude takové dítě i nadále v bezpečí (Dunovský, 2005b).

## 6. Detekce a diagnostika

Předpokladem pro včasné odhalení týraného, zanedbávaného nebo zneužívaného dítěte je dostatečná informovanost veřejnosti, zejména pak rodičů, a kvalifikovanost odborníků. K detekci dochází zpravidla díky nahlášení nebo na základě cíleného vyhledávání. Oznamovatelem je nejčastěji jedinec, který s dětmi přichází pravidelně do styku ve svém povolání – pediatr, pedagog a další (Dunovský, 1995b). Zdravotníci, pedagogové a pracovníci v ústavních zařízeních patřili v loňském roce k nejčastějším oznamovatelům. Dále pak policie, OSPOD a na čtvrtém místě matka oběti. Poměrně časté je rovněž anonymní hlášení (MPSV, 2021). K odhalení CAN může dojít rovněž díky linkám důvěry, kde se samotné dítě může se špatným zacházením svěřit (Dunovský, 1995d). Počet dětí, které samy špatné zacházení nahlásí postupně roste – v loňském roce se jednalo o téměř tři procenta, zatímco v roce 2018 pouze o dvě procenta nahlášených případů (MPSV, 2021).

Dunovský (1995d) popisuje celkem pět fází detekce CAN:

1. ohlášení;
2. diagnostika;
3. potvrzení nebo vyloučení diagnózy;
4. vyhledávání;
5. registrace.

Bohužel ne vždy je podezření ohlášeno. Důvodem může být neochota danou věc řešit, nedůvěra v orgány, které mají dítěti podat pomocnou ruku nebo nedostatek znalostí a zkušeností, a to jak u odborníků, tak u široké veřejnosti. U laiků je však neznalost problematiky zpravidla největší překážkou, protože často neví, kam se mohou obrátit a jak se situace řeší. Mezi odborníky panuje především zmiňovaná nedůvěra ve státní orgány. Naopak mezi tzv. facilitátory ohlášení u lékařů, či jiných osob pracujících s dětmi, radíme zejména vlastní přesvědčení a postavení, v jakém se daná osoba nachází. V rámci široké veřejnosti pak kladný vztah k dětem, zájem o ně a dobrou vůli (Dunovský, 1995d).

Australská studie facilitátorů a inhibitorů povinného hlášení podezření na CAN mezi odborníky ukázala, že 10 % dotazovaných se nejméně jednou rozhodla podezření nenahlásit. Většina uvedla jako důvod právě nedůvěru ve státní instituce na ochranu dítěte. Dalším problémem, který respondenti uváděli, byl nedostatek školení a nízké povědomí o ohlašovacích povinnostech a postupech (Blaskett & Taylor, 2003). Nedostatečné školení lékařů v diagnostice CAN uvádí rovněž autoři nedávné německé studie (Wißmann, et al., 2019).

Dalším krokem při práci s nově nahlášeným podezřením na špatné zacházení s dítětem je diagnostika. V této fázi je důležitá spolupráce celé řady odborníků – lékaře, dětského psychologa, sociálního pracovníka a policie. Zcela klíčovou je sociální, rodinná a osobní anamnéza dítěte, součástí je i zhodnocení současného zdravotního a psychického stavu. Podstatnou částí je rovněž vyšetření označeného pachatele. Během tohoto procesu je dítě zpravidla na určitou dobu umístěno do nemocnice nebo diagnostického dětského domova, aby byla zajištěna neutralita prostředí (Dunovský, 1995d). Další alternativou je ZDVOP, Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, nebo DKC (DKC, 2021; MPSV, 2013).

Na základě provedených vyšetření je pak diagnóza CAN potvrzena nebo vyloučena. I v případě nepotvrzení je nutné dítě nadále sledovat a situaci kontrolovat. Potvrzený případ pak přebírá OSPOD, důležitou roli hrají dětská krizová centra, PPP a další poradny či organizace na pomoc dětem a jejich rodině (Dunovský, 1995d).

Nelze se však spoléhat výhradně na oznámení. Nutné je rovněž ohrožené děti aktivně vyhledávat (více o ohrožených dětech v kapitole Rizikové faktory). Zde opět potvrzujeme důležitost preventivních opatření a dostatečné informovanosti. Pomocníkem při odhalování CAN jsou screeningové metody. Mezi takové vyšetřovací metody, které nám mohou pomoci dysfunkčnost rodiny a případné špatné zacházení odhalit, patří například Dotazník funkčnosti rodiny nebo Test rodinných vztahů Anthony-Bene (Dunovský, 1995d; Vágnerová, 2006).

Poslední fáze, registrace neboli monitoring, znamená jednoduše evidování veškerých případů nahlášených nebo odhalených případů CAN, a to včetně těch, u kterých je pouhé podezření nebo se skutečnost nepotvrdila. Registrace nám poskytuje data pro další kvantitativní a kvalitativní analýzu, se kterou je možné dále pracovat a vytvářet efektivní postupy prevence a diagnostiky (Dunovský 1995d).

Dnes již existuje poměrně velké množství kontaktů, na které se lze v případě podezření na CAN obrátit, stejně tak je snaha poskytnout dítěti co nejvíce bezpečných příležitostí se svěřit. Jedná se o krizové linky (Linka bezpečí, Linka důvěry DKC, Krizová pomoc centra Spondea, Linka BKB...), organizace pomáhající dětem (SOS dětské vesničky, Nadace Naše dítě, Centrum LOCIKA, Barevný svět dětí...) nebo státní orgány, jako je Policie ČR, tísňová linka 112 nebo OSPOD.

## EMPIRICKÁ ČÁST

### 7. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Význam informovanosti odborné i široké veřejnosti pro včasné odhalení a vhodnou péči o týrané, zanedbávané či zneužívané děti, je zcela nezpochybnitelný. Skutečnosti uváděné v předešlých kapitolách jsou toho důkazem. Cílem mého výzkumu je proto zmapování informovanosti odborné (pediatři a pedagogové ZŠ) i neodborné veřejnosti v ČR. Kromě povědomí o CAN jako takovém, zjišťuji rovněž jaké následky špatného zacházení si respondenti uvědomují, co si pod konkrétními formami CAN představují, na jaké instituce by se v případě podezření obrátili a zda mají s týraným, zanedbávaným či zneužívaným dítětem nějakou zkušenost ze své praxe či okolí. Součástí je také otázka, zda je nutné o problematice CAN více veřejně diskutovat, případně jaké způsoby osvěty by respondenti sami navrhovali. Jedná se tedy o deskriptivní výzkumný problém.

Pro každou z vybraných skupin respondentů byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaká je představa o syndromu CAN a jeho formách?
2. Kam by se respondenti v případě podezření na CAN obrátili?
3. Jaké dopady na život dítěte si respondenti uvědomují?
4. Jaké prostředky a způsoby osvěty o problematice CAN respondenti navrhnou?

Na základě zodpovězení výzkumných otázek a zanalyzování odpovědí respondentů jednotlivých skupin, lze navrhnout způsoby, jak a v jakých oblastech lze povědomí s ohledem na jejich znalosti efektivně navýšit.

## 8. Design výzkumného projektu

Z metodologického hlediska se jedná o kvalitativní výzkum realizovaný ve formě dotazníkového šetření. Vzhledem k pandemické situaci byla zvolena elektronická forma v online prostředí.

Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná, respondentům byly poskytnuty potřebné informace a pokyny k vyplnění. Vzhledem k plnoletosti všech dotazovaných nemusel být vyžadován souhlas zákonného zástupce. Vyplněním dotazníku respondenti souhlasili se zpracováním dat pro účely vypracování bakalářské práce. Díky online prostředí byla bezpečně zajištěna i jejich anonymita.

### 8.1 Metodika sběru dat

Předkládaný dotazník<sup>3</sup> byl rozdělen do pěti částí. Obsahoval dichotomické otázky s možnostmi ano/ne pro jednoznačné určení znalostí, zkušeností či názorů, dále navazovaly otázky otevřené. Jedna otázka umožňuje také výběr z několika možností.

První část dotazníku zjišťovala demografické údaje, včetně profese respondenta. Další části se již věnovaly samotné problematice CAN. V úvodu je sledována znalost pojmu a kde se s ním respondent seznámil. Dotazovaný je rovněž vyzván k stručnému popisu syndromu a v případě neznalosti k odhadu, co pojem CAN představuje. V další části má respondent uvést příklady týrání, zanedbávání a zneužívání, čímž zjišťují porozumění jednotlivým formám. V této části je také uvedena definice CAN podle Dunovského, Dytrycha a Matějčka (1995). V následující části jsou vysvětleny jednotlivé formy tak, aby bylo zajištěno správné pochopení respondenta, a to nejen pro účely dotazníku, ale rovněž v rámci alespoň minimálního navýšení povědomí.

Další otázky se týkaly osobní zkušenosti respondenta s týraným, zanedbávaným či zneužívaným dítětem ze své praxe nebo okolí. Při kladné odpovědi pak o jakou formu se jednalo a jak v dané situaci postupoval. V poslední části se již zaměřuji na znalost institucí, na které se lze v případě podezření na CAN obrátit, na povědomí o následcích špatného zacházení a na nutnost navýšení informovanosti. Pokud se respondent domnívá, že by bylo vhodné o problematice týraných, zanedbávaných a zneužívaných dětí více veřejně diskutovat a

---

<sup>3</sup> Komplettní dotazník viz. Příloha 1.



informovat, je vyzván k uvedení vlastních návrhů ideálních způsobů osvěty. V poslední položce dotazníku má respondent prostor se k danému tématu jakkoli vyjádřit.

Sběr dat proběhl v období února a března roku 2021.

## **8.2 Metodika zpracování a analýzy dat**

K analýze dat byly využity principy tématické analýzy (TA). TA poskytuje systematický postup zpracování kvalitativních dat za účelem nalézt v nich společné vzorce, tj. témata. Díky identifikaci těchto opakujících se témat lze problematice lépe porozumět a najít souvislosti ve sdílených názorech a zkušenostech respondentů. Vzorce, které se díky TA podaří identifikovat, jsou pak relevantní k zodpovězení daných výzkumných otázek (Braun & Clarke, 2012).

„Díky své teoretické volnosti představuje tématická analýza flexibilní a užitečný výzkumný nástroj, který může potenciálně poskytnout bohatý, podrobný a zároveň komplexní popis dat“ (Braun & Clarke, 2006, s. 5).

Jedním z dalších důvodů pro zvolení tématické analýzy je její kompatibilita s deskriptivní povahou výzkumného problému. Cílem deskriptivních studií je zaznamenat a zhodnotit zkušenosti a názory určité skupiny či vývoje v rámci konkrétního intervenčního projektu, čímž mohou přinést další důkazy a náhledy na problematiku, kterou je potřeba v budoucnu dále rozpracovat – teoreticky i výzkumně. V tomto konkrétním případě například skrze akční výzkum (Coolican, 2019).

Zvolen byl sémantický přístup k analýze, což znamená, že na rozdíl od latentního přístupu, jsou témata identifikována na základě konkrétních významů odpovědí, beze snahy vytvářet vlastní interpretace nad rámec toho, co bylo respondentem uvedeno. Postup zahrnuje popis a uspořádání dat, nalezení společných vzorců a následnou interpretaci, v rámci které je vysvětlena významnost nalezených vzorců a jejich širší význam a implikace (Braun & Clarke, 2006).

Braun & Clarke (2006) popisují postup tématické analýzy v šesti krocích:

1. seznámení se s daty;
2. generování kódů;
3. hledání témat;
4. revize témat;
5. definování a pojmenování témat;
6. výsledný report.

Na základě uvedeného postupu jsem se nejprve detailně seznámila se všemi získanými daty. Následně jsem postupovala po jednotlivých skupinách respondentů. V odpovědích jsem si všímala opakujících se slov a významů, vyznačila jsem si klíčová slova a vytvořila kódy. S pomocí myšlenkových map jsem kódy seskupila do vzorců – témat. Vzniklá témata a kódy jsem revidovala a upravila do finální podoby. Dále jsem na základě obsažených kódů témata definovala a pojmenovala. Pro větší přehlednost jsem dle doporučení článku Braun & Clarke (2006) vytvořila tématické mapy, zobrazující témata a kódy v relevanci k příslušným výzkumným otázkám.

Pro ucelený vhled do názorů respondentů jednotlivých skupin uvádím i citace některých podnětných nebo zajímavých odpovědí. Data z uzavřených dichotomických otázek, jsou zpracována do tabulek četností. Uvedeny jsou i základní demografické údaje.

## 9. Charakteristika souboru respondentů

Stejný dotazník byl předložen třem výběrovým skupinám:

1. praktickým lékařům pro děti a dorost (PLDD);
2. pedagogům ze základních škol;
3. neodborné (široké) veřejnosti.

Odpovědi byly získány od celkem 21 PLDD, 52 pedagogů ZŠ a 21 respondentů ze skupiny široké veřejnosti.

Výběr respondentů probíhal dvěma způsoby – kriteriálním a lavinovým výběrem (Ferjenčík, 2000). Metody byly zvoleny z důvodu typu a zaměření výzkumu na předem dané skupiny, kritériem byla příslušná profese. Nejprve jsem od své rodiny a přátel získala kontakty na dětské lékaře a pedagogy ZŠ, ty jsem následně skrze email oslovila. Zde se uplatnil kriteriální výběr, následovaný lavinovým výběrem. Tyto osoby totiž dále poslaly dotazník svým kolegům, a ti zase jejich kolegům. Rovněž jsem emailem oslovila dětské lékaře, na něž jsem našla kontakt na stránkách ČLK.

Jedince do třetí skupiny, výběr neodborné veřejnosti, jsem vybírala na základě kritéria, že jejich profese musí být jiná než učitelství na základní škole či pediatrie. Záměrně jsem oslovila jedince různých profesí, aby byla alespoň částečně zajištěna diverzita. Vzhledem k povaze výzkumu se však jedná o malý vzorek vybíraný nenáhodně, výběr tedy nezaručuje reprezentativitu. Ve skupině se objevuje několik advokátů, účetní, bankovní úředník, optik nebo například učitel ze střední školy.

Dětské lékaře a učitele ze ZŠ jsem vybrala z toho důvodu, že s dětmi přicházejí denně do styku a mají tak možnost známky špatného zacházení upozorovat jako jedni z prvních. Tuto skutečnost dokazuje i fakt, že právě pracovníci ze zdravotnických a školních zařízení jsou jedni z nejčastějších oznamovatelů (MPSV, 2019; MPSV, 2020; MPSV, 2021). Široká veřejnost byla zvolena pro získání vhledu i do znalostí laické veřejnosti, která je pro účely primární prevence neméně podstatná.

„Cílem kvalitativního výzkumu není generalizace výstupů na celou populaci, nýbrž zjištění jedinečných názorů a zkušeností konkrétních jedinců. Taková zjištění mohou přispět k pochopení zkoumaného fenoménu a položit základy pro budoucí zkoumání ve větší šíři“ (Coolican, 2019, s. 5).

## 10. Vyhodnocení výsledků

Výsledky analýzy jsou zpracovány do jednotlivých podkapitol podle skupin respondentů. Součástí jsou základní demografické údaje, tabulky četností a výsledky tématické analýzy včetně tematických map vytvořených autorem v relevanci ke stanoveným výzkumným otázkám.

### 10.1 Analýza odpovědí pediatriů

Dotazník vyplnilo celkem 21 dětských lékařů. Z většiny se jednalo o ženy – pouze 3 respondenti byli mužského pohlaví. Průměrný věk respondentů je 50,4 let.

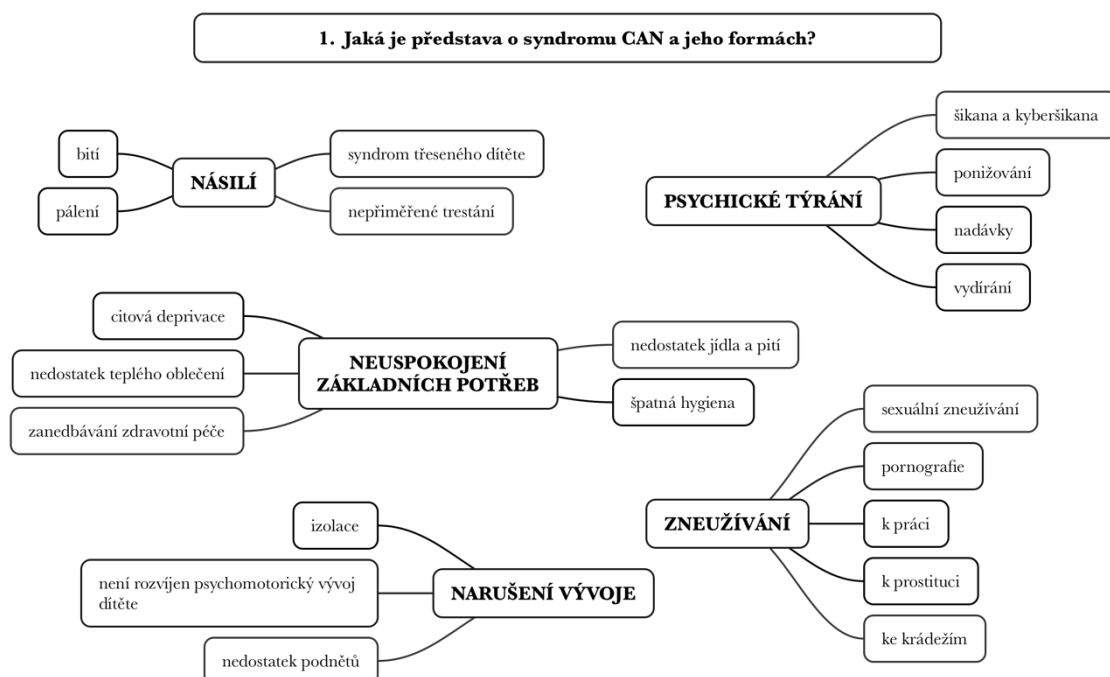
1. Setkal/a jste se někdy s pojmem „syndrom CAN“?	<b>absolutně</b>	21	0	21
	<b>relativně</b>	100,0%	0,0%	100,0%
2. Máte nějakou zkušenost s týráným, zanedbávaným či zneužívaným dítětem?	<b>absolutně</b>	19	2	21
	<b>relativně</b>	90,5%	9,5%	100,0%
3. Obrátil/a byste se v případě podezření na syndrom CAN na nějakou instituci?	<b>absolutně</b>	21	0	21
	<b>relativně</b>	100,0%	0,0%	100,0%
4. Myslíte si, že týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte může zanechat nějaké dlouhodobější následky na jeho životě?	<b>absolutně</b>	21	0	21
	<b>relativně</b>	100,0%	0,0%	100,0%
5. Domníváte se, že by bylo vhodné o problematice syndromu CAN více veřejně diskutovat a informovat?	<b>absolutně</b>	21	0	21
	<b>relativně</b>	100,0%	0,0%	100,0%

Tabulka 1: Četnosti odpovědí pediatriů na dichotomické otázky z dotazníku

Z tabulky četností odpovědí na dichotomické otázky z dotazníku (Tabulka 1) je patrné, že jsou pediatrii o syndromu CAN velmi dobře informovaní. V rámci analýzy otevřených otázek zaměřených na znalost CAN, se kromě násilí, psychického týrání, zneužívání a zanedbávání základních potřeb, v odpovědích objevovala i problematika narušení vývoje dítěte. Zmiňován byl například nedostatek podnětů v prostředí, kde dítě vyrůstá, zanedbávání rozvoje psychomotorických funkcí a špatný vývoj v důsledku izolace dítěte (Obrázek 1).

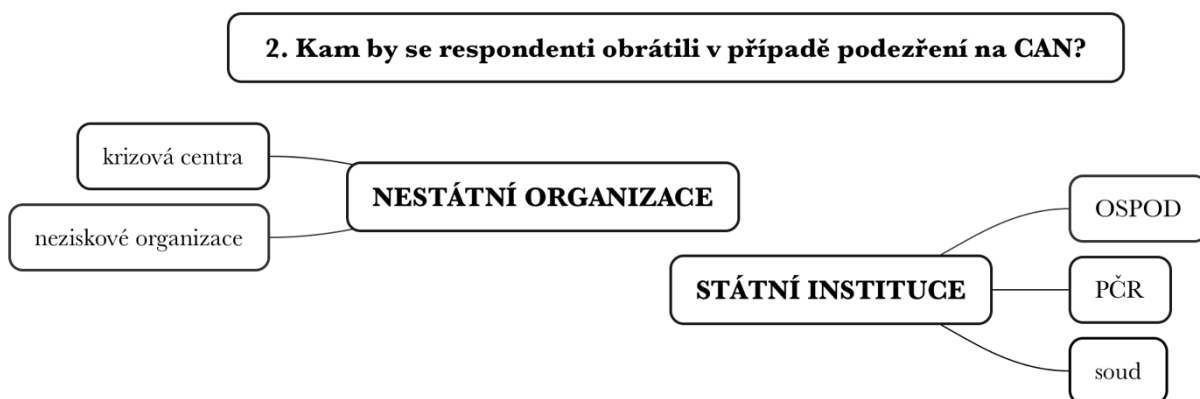
Lékaři jsou nejen dobře informovaní, ale také mají s týranými, zanedbávanými a zneužívanými dětmi zpravidla vlastní zkušenosti. Většina (95 %) lékařů uvedla, že se se zanedbávaným, týraným nebo zneužívaným dítětem ve své praxi setkala. Jednalo se především o zanedbávání či týrání, ve dvou případech o zneužívání a ve dvou dalších případech o jinou formu či o zkušenosti s více formami. Jedna respondentka například uvádí: „*Setkala jsem se bohužel se všemi formami CAN. Při podezření na zanedbávání jsem kontaktovala OSPOD, zneužívání bylo oznámeno policii jinou osobou dříve, než jsem se o tom dozvěděla já. Týrání*

bylo u dětí z rodin, které již byly pod dohledem OSPOD, tudíž jsem to řešila ve spolupráci s OSPODem.“



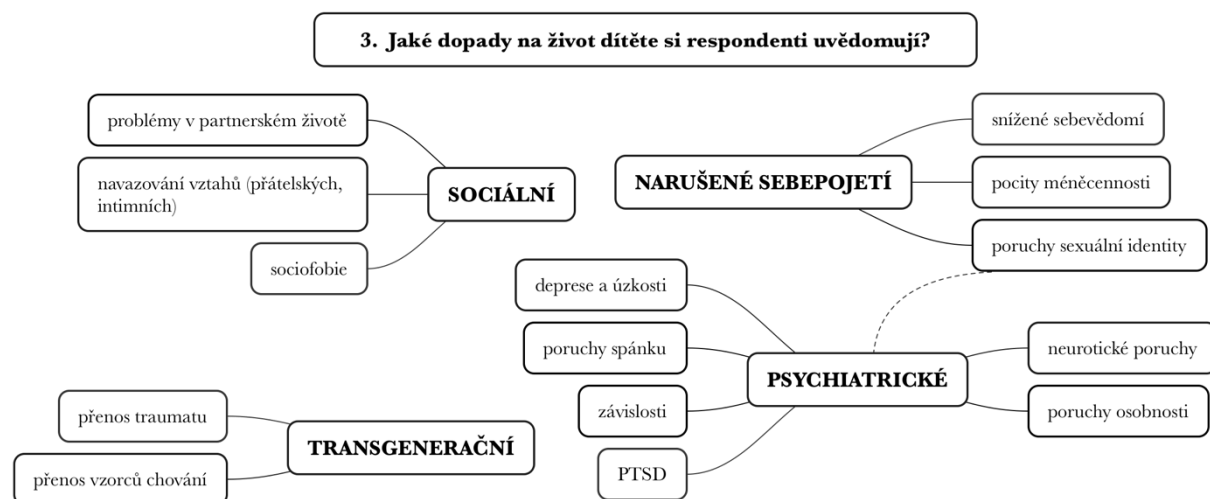
Obrázek 1: Tématická mapa – Představa pediatriů o syndromu CAN a jeho formách

Téměř všichni dotazovaní uvádí, že situaci řešili kontaktováním OSPODu. Žádný z lékařů se však neobrátil na nestátní organizace – dětská krizová centra, neziskové organizace a další centra na pomoc ohroženým dětem. Tendence obracet se pouze na státní sektor je viditelná i ve výsledcích tématické analýzy (Obrázek 2), kde na rozdíl od ostatních skupin respondentů, lékaři neuvedli žádné konkrétní nestátní organizace. Například centrum Locika však nabízí práci nejen s dítětem, ale s celým rodinným systémem. V případě citovaném výše by tedy bylo na místě kontaktovat právě i některá podobná centra, která dokážou zajistit terciární prevenci.



Obrázek 2: Tématická mapa – Kam by se lékaři obrátili v případě podezření na CAN

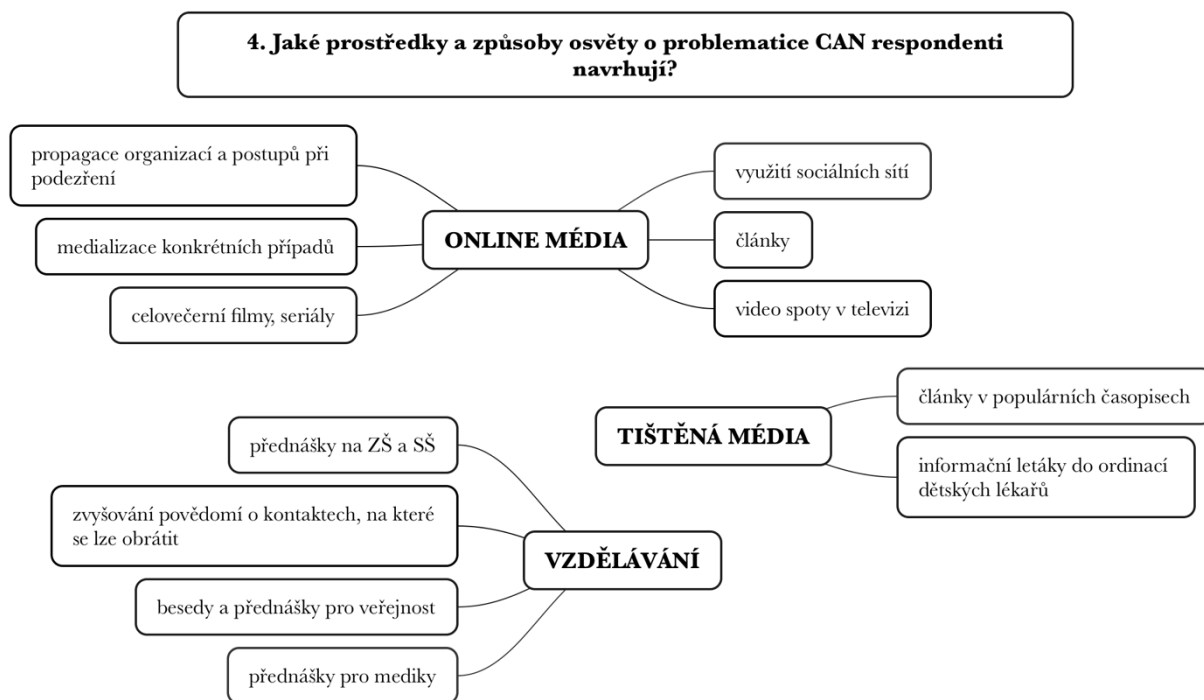
Z tématické mapy (Obrázek 3) je patrné, že si lékaři uvědomují širokou paletu dopadů CAN na život dítěte. Oproti respondentům ostatních skupin byly často zmiňovány i nejrůznější psychiatrické obtíže – poruchy osobnosti, poruchy spánku, deprese, úzkosti, PTSD a další. Lékaři si neméně uvědomují i potíže s narušeným sebepojetím, transgeneračním přenosem a sociální adaptací.



Obrázek 3: Tématická mapa – Dopady CAN na život dítěte podle pediatriů

Vzhledem k faktu, že všichni z dotazovaných lékařů pojem syndrom CAN znali, a valná většina s ním má dokonce vlastní zkušenost, je představa lékařů o tom, co syndrom CAN zahrnuje, velmi komplexní. Dle tabulky četností lze dále sledovat, že stejně tak se 100 % dotazovaných lékařů domnívá, že je nutné o problematice více veřejně diskutovat a zaměřit se na primární prevenci. Lze se domnívat, že míra informovanosti a zkušeností lékařů souvisí i s jejich přesvědčením o závažnosti problematiky a nutnosti navýšení povědomí široké veřejnosti. Jedna z dotazovaných lékařek například uvádí: „Okolí často o problému ví, ale neví, jak reagovat a komu hlásit. Lidé se bojí ztráty anonymity při hlášení institucím, proto k problému mlčí. Podpořit nejen informovanost veřejnosti (všimněte si dětí ve svém okolí a nebud'te lhostejní), ale také psychologická podpora úředníků a policistů (k asertivnějšímu přístupu).“

Řada lékařů v rámci návrhů osvěty zmínila (Obrázek 4), že by uvítali informační letáky do svých ordinací. Dále kladli důraz na dostatečné vzdělávání v rámci studia medicíny a zdostupnění kontaktů na existující organizace, kam se lze obrátit i anonymně. Několik lékařů uvádí anonymitu jako důležitý aspekt pro ohlášení. Jako nejpodstatnější vnímají navýšení informovanosti u laické veřejnosti – ideálně skrze medializování případů konkrétních dětí či zahrnutí problematiky do některého z populárních seriálů.



**Obrázek 4: Tématická mapa – Návrhy lékařů k navýšení povědomí o CAN**

Z výsledků analýzy je patrné, že dětské lékaři jsou sice velmi dobře informovaní, ale dostatečně nekomunikují s nestátními organizacemi, které nabízejí pomoc ohroženým dětem i jejich rodinám. Kromě komunikace s OSPODem by bylo na místě lékaře informovat i o dostupnosti dalších služeb a programů nestátních organizací. Řešením by mohla být osvěta lékařů v rámci odborného školení či skrze návštěvy zástupců jednotlivých organizací. Jak lékaři sami uvedli, uvítali by ve svých ordinacích informační letáky a brožury. Řada takových materiálů již existuje například v rámci preventivního programu DKC nebo centra Locika. Pokud by byly letáky mezi dětské lékaře pravidelně distribuovány, mohli by je rodinám či přímo dětem jednoduše a rychle předat. Rovněž by se s problematikou CAN seznámili i další rodiče a pacienti, například na nástěnce v čekárně, čímž by se primární prevence dále zvyšovala.

Zda lékaři nestátní organizace neznají nebo je z jiného důvodu příliš nekontaktují, se můžeme pouze domnívat. Takové zkoumání by mohlo být součástí další analýzy. Spolupráce napříč obory je v rámci péče o týrané, zanedbávané či zneužívané dítě více než žádoucí. Na místě jsou programy jako je KOS, který sdružuje odborníky z různých oblastí odhalování a řešení případů ohrožených dětí a vytváří tak systém, který umožňuje rychlou a účinnou pomoc dítěti i jeho rodině (Locika, 2020).

## 10.2 Analýza odpovědí pedagogů ZŠ

K analýze jsem získala odpovědi od celkem 52 pedagogů základních škol. Původním cílem bylo přibližně 20 respondentů, nicméně se dotazník dostal mezi více ochotných učitelů. V rámci analýzy bylo využito odpovědí všech 52 respondentů.

Zpravidla se jednalo o ženy, dotazník vyplnili pouze 4 muži. Průměrný věk respondentů je 43,7.

		ANO	NE	Celkem
1. Setkal/a jste se někdy s pojmem „syndrom CAN“?	absolutně	31 <sup>4</sup>	21	52
	relativně	59,6%	40,4%	100,0%
2. Máte nějakou zkušenost s týráním, zanedbáváním či zneužíváním dítětem?	absolutně	20	32	52
	relativně	38,5%	61,5%	100,0%
3. Obrátil/a byste se v případě podezření na syndrom CAN na nějakou instituci?	absolutně	51	1	52
	relativně	98,1%	1,9%	100,0%
4. Myslíte si, že týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte může zanechat nějaké dlouhodobější následky na jeho životě?	absolutně	52	0	52
	relativně	100,0%	0,0%	100,0%
5. Domníváte se, že by bylo vhodné o problematice syndromu CAN více veřejně diskutovat a informovat?	absolutně	51	1	52
	relativně	98,1%	1,9%	100,0%

Tabulka 2: Četnosti odpovědí pedagogů ZŠ na dichotomické otázky z dotazníku

Dle výsledků v tabulce četností (Tabulka 2) je znalost problematiky CAN u učitelů značně nižší, než tomu bylo u pediatriů. Pouze něco málo přes polovinu dotazovaných učitelů pojem znalo. Informovanost pedagogických pracovníků je přesto neméně podstatná – s dětmi jsou ve styku několik hodin denně a jsou tak jedni z prvních, kdo si týrání, zanedbávání nebo zneužívání může všimnout. Domněnku dokládá i jedna z respondentek: „*Jsem přesvědčená, že právě učitel má možnost všimnout si takového jednání jako jeden z prvních. S dítětem tráví poměrně dost času, pozoruje jeho chování v kolektivu a časem pozná i prostředí rodiny.*“ Předpokladem pro odhalení či alespoň podezření je nicméně dostatečná informovanost. Nejen o možných projevech CAN, ale rovněž znalost institucí, na které se učitel může v případě podezření obrátit a také s kým může své obavy konzultovat.

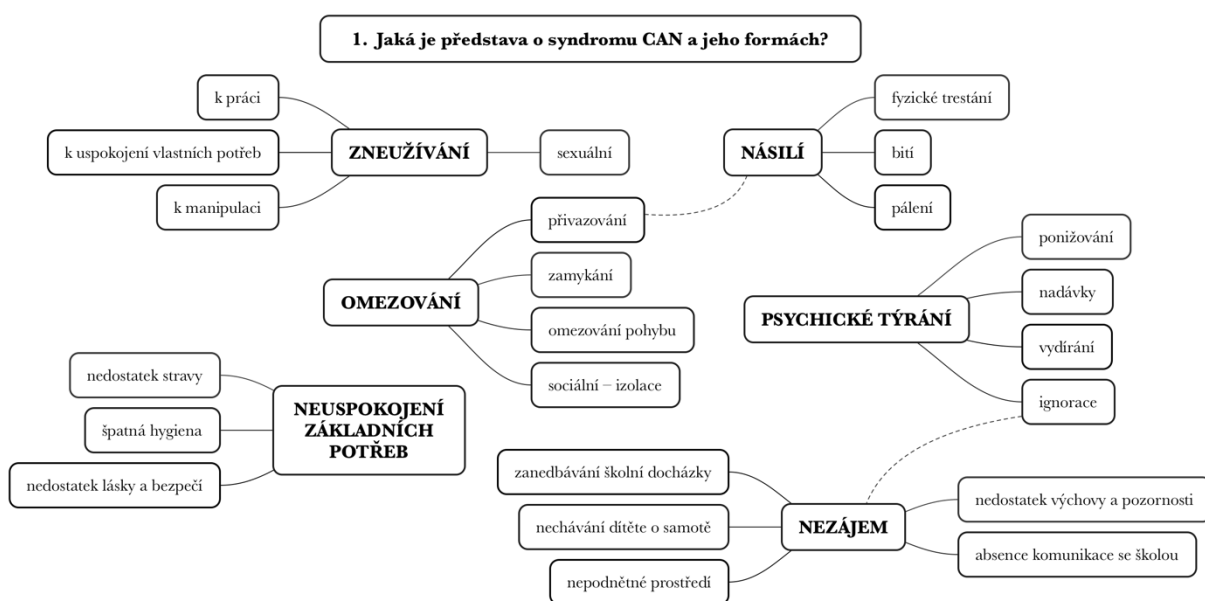
Tématická analýza paradoxně ukázala (Obrázek 5), že představa učitelů o týrání, zanedbávání a zneužívání je velmi komplexní. Nejmarkantnějším tématem je pro učitele

---

<sup>4</sup> Dva respondenti dále v otázce, kde mají syndrom CAN stručně popsat, uvádí, že neví, co pojem znamená. Jeden respondent uvádí, že si odpověď vyhledal na internetu. Na základě těchto zjištění lze usuzovat, že pojem opravdu znalo 28 z 52 respondentů, tzn. necelých 54 %.



nezájem o dítě ze strany rodičů. Podezření nabývají zejména v případech, kdy dítě chodí do školy hladové a špinavé, tráví čas o samotě nebo zanedbává školní docházku. Jedna z respondentek uvádí: „Dítě zamlklé, s modřinami, bez kamarádů, má strach jít domů a nechce, aby se rodiče dozvěděli, že mu ve škole něco nejde. Velmi obtížně si k němu hledám cestu jako učitelka. Pokud bych nějak zklamala jeho důvěru, už mi nebude nikdy věřit. Bojí se důvěřovat novým lidem. Komu začne důvěřovat, na toho se dost fixuje.“



Obrázek 5: Tématická mapa – Představa pedagogů o syndromu CAN

Téměř 40 % dotazovaných pedagogů dokonce zažilo ve své praxi dítě s CAN. Je však možné, že týrané, zanedbávané nebo zneužívané dítě ve své třídě mělo více respondentů, nicméně problém v důsledku nedostatečné informovanosti o problematice neodhalili. Všímatost učitelů je v těchto případech velmi důležitá. Klíčová je rovněž komunikace a konzultování s odborníky, a to zejména kvůli potížím s prokázáním problematiky nebo neznalosti postupů: „...dokázat nebo začít něco takového řešit je velmi těžké, když nemáte žádné důkazy a dítě vám nic neřekne. Zatím dítě bedlivě monitorujeme a jsme častěji v kontaktu s rodiči.“ Příklad z praxe jiné pedagožky, kde se pravděpodobně podařilo včasné a efektivně intervenovat: „...já jsem situaci konzultovala s preventistou ve škole, dívka k němu začala docházet na pravidelné konzultace. Ten pak i kontaktoval nějakým způsobem rodinu dívky. Situace se značně zklidnila. S pandemií ale bohužel opět gradovala. Po konfrontaci našeho preventisty s otcem se situace uklidnila a týrání bylo vyměněno za nevšímavost. Dívka dostala kontakty na všechny možné krizové linky apod. Zda jich využila, nevím. Zvažovali jsme volání OSPODu, ale vzhledem ke kulturní odlišnosti, jazykové bariéře a dalším faktorům, jsme

*nakonec zvolili cestu schůzka žačka – preventista a rozhovorů s rodinou. Poslední informací pro mě bylo, že otec začal navštěvovat psychologa.“*

Znalost a důvěra v instituce a organizace zabývající se pomocí ohroženým dětem je zcela zásadní. Nedůvěra ve státní instituce je dokonce jedním z nejčastějších důvodů, proč se jedinec rozhodne podezření nenahlásit<sup>5</sup> (Blaskett & Taylor, 2003). Dokazuje to i poznámka jedné z respondentek: „rozhodně mám větší důvěru v neziskový sektor, který se těmito věcmi zabývá než na státní instituce, které jsou často vyčerpané a nemají dostatečné nástroje na optimální řešení věci.“ V tématické mapě (Obrázek 6) je vidět, že paleta kontaktů, na které se učitelé v případě podezření obrací, je poměrně pestrá. Přesto se objevila i odpověď „...to právě nevím.“

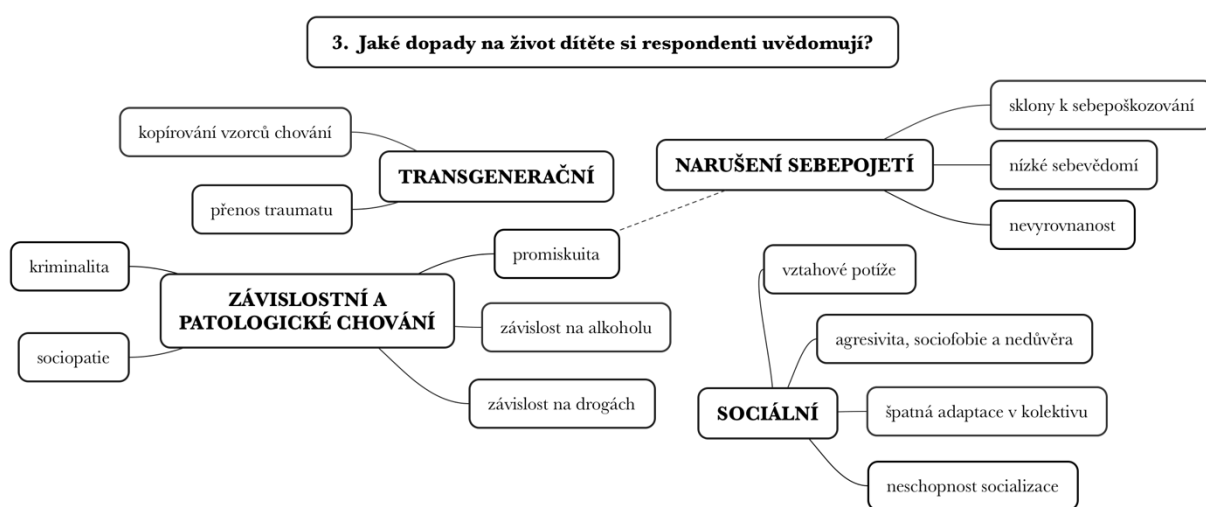


Obrázek 6: Tématická mapa – Kam by se učitelé v případě podezření na CAN obrátili

Na rozdíl od pediatriů, kteří situaci velmi často řešili pouze se státním sektorem, se učitelé častěji obrací nejen na nestátní organizace, ale i na kompetentnější jedince – vedení školy, psychology nebo právě pediatriy. V některých případech však takovým člověkem pro někoho z laické veřejnosti může být i samotný učitel. Vzhledem ke zmiňované nedůvěře ve státní instituce by bylo na místě zapojit učitele rovněž do komunitních setkávání odborníků – KOS, kde by měli možnost s pracovníky státního sektoru spolupracovat a zajistit tak lepší komunikaci mezi obory (Locika, 2020). Dále pak ideálně rozšířit povědomí o dalších institucích, které se pomocí ohroženým dětem zabývají.

<sup>5</sup> Více k inhibitorům a facilitátorům ohlášení podezření v kapitole Detekce a diagnostika.

Pedagogové jsou si velmi dobře vědomi negativních dopadů CAN na život dítěte (Obrázek 7, Tabulka 2). Značné problémy sledují v sociální oblasti, které lze pozorovat již během školních let dítěte – problémy s adaptací do kolektivu, nevhodné chování ke spolužákům, trávení času o samotě a další. Oproti ostatním skupinám respondentů se v odpovědích učitelů často objevovaly poznatky o sklonech k nejružnějším závislostem a kriminalitě. Všimli si rovněž sklonů k sebepoškozování. Velmi často se opakovalo, že „...týrané dítě se často samo stává tyranem.“ Důvodem pro tento poznatek může být například znalost rodinného prostředí nebo dokonce vyučování více generací v rámci jedné rodiny.

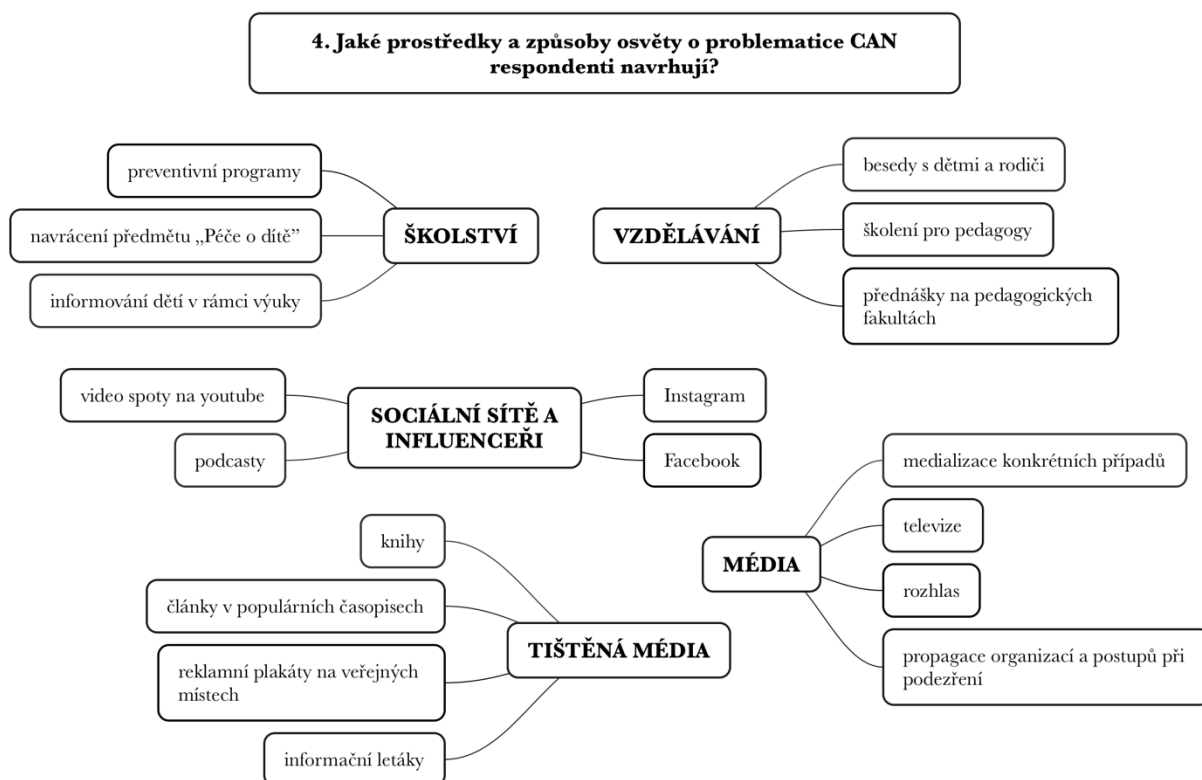


Obrázek 7: Tématická mapa – Dopady CAN na život dítěte podle pedagogů

Téměř 100 % dotazovaných učitelů se domnívá, že je nutné o problematice CAN více veřejně diskutovat. Negativní odpověď uvedl pouze jeden z respondentů – tentýž respondent také uvedl, že by se v případě podezření na CAN neobrátil na žádnou instituci. Ostatní respondenti vnímají osvětu jako velmi podstatnou. „Bylo by třeba lidi více seznámit s tím, jak v daných případech citlivě postupovat, aby se neublížilo dítěti více, než mu ublíženo bylo.“ Mnozí by uvítali „...větší zmínění problematiky během studia pedagogické VŠ.“

Učitelé navrhují celou řadu prostředků a způsobů, jak povědomí o problematice navýšit (Obrázek 8). Jako nejvýznamnější se jeví dostupnost kontaktů, kam se lze v případě problému obrátit: „...myslím, že pro začátek by stačilo, kdyby oběti věděly, kam se obrátit pro pomoc. Když jsem byla malá, tak byly všude plakáty s linkou bezpečí. Dnes je institucí dvojnásob, ale propagace nula. Častější preventivní programy do škol, aby si daných věcí všimli i spolužáci a věděli, na koho se obrátit s podezřením a větší vzdělanost učitelů v tomto směru by také nebyla

od věci.“ Dále osvěta, jak by měl učitel postupovat: „...nějaký jasný návod, jak postupovat v případě podezření. Například veřejnou diskuzí, brožury, besedy ve školách pro učitele.“



Obrázek 8: Tématická mapa – Návrhy pedagogů ZŠ k navýšení povědomí o CAN

Oproti ostatním skupinám uváděli učitelé velmi často nejružnější sociální sítě a navrhovali osvětu skrze influencery. Jelikož pedagogové na základních školách mají vzhled do prostředí kolektivu prepubertálních a pubertálních dětí, mohou si všimnout i míry vlivu, jaký influenceři a sociální sítě v dnešní době na děti mají. Zcela jistě se jedná o jeden z nejvíce efektivních způsobů, jak děti s problematikou seznámit. Například Linka bezpečí nebo centrum Locika již ve spolupráci s některými influencery vytvořila informační video spoty, které jsou dostupné na Youtube. Řada učitelů by rovněž uvítala, kdyby se problematika také probírala s dětmi v rámci výuky, například jako součást učiva Občanské nauky nebo navrácení předmětu Péče o dítě.

Na základě provedené analýzy lze usuzovat, že informovanost pedagogů je bohužel nedostatečná, a to i přes to, že by se učitelé o problematice rádi dozvěděli více. Většina respondentů navrhovala semináře a školení pro pedagogy a zdůrazňovala důležitost jejich úlohy v celém procesu. Díky vzhledu učitelů do dětského světa lze navrhnout i efektivní způsoby osvěty napříč dětskou populací a zvýšit tak pravděpodobnost, že si dítě samo dokáže říci o pomoc nebo bude vědět, jakým způsobem podpořit svého kamaráda.

### 10.3 Analýza odpovědí neodborné veřejnosti

Poslední oslovenou skupinou respondentů byla neodborná, laická veřejnost. Dotazník vyplnilo celkem 20 respondentů – 15 žen a 5 mužů. Průměrný věk je 43,45.

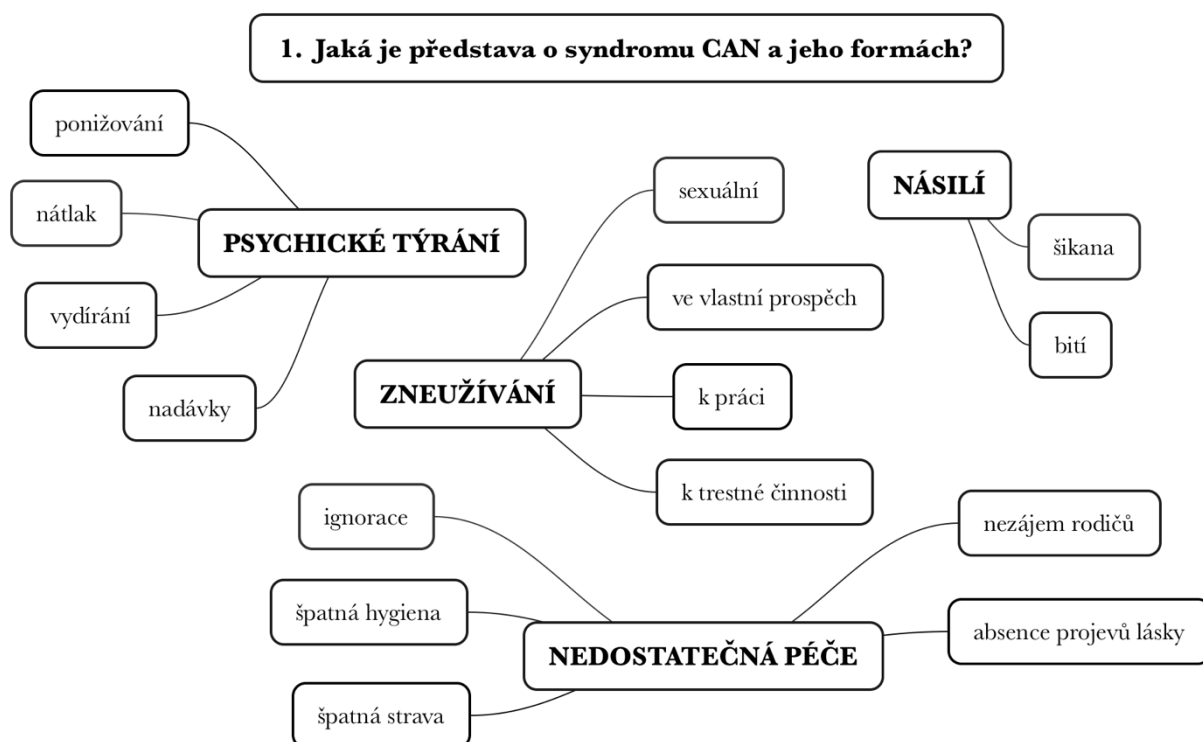
		ANO	NE	Celkem
1. Setkal/a jste se někdy s pojmem „syndrom CAN“?	<b>absolutně</b>	4	16	20
	<b>relativně</b>	20,0%	80,0%	100,0%
2. Máte nějakou zkušenost s týráním, zanedbáváním či zneužíváním dítětem?	<b>absolutně</b>	2	18	20
	<b>relativně</b>	10,0%	90,0%	100,0%
3. Obrátil/a byste se v případě podezření na syndrom CAN na nějakou instituci?	<b>absolutně</b>	18	2	20
	<b>relativně</b>	90,0%	10,0%	100,0%
4. Myslíte si, že týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte může zanechat nějaké dlouhodobější následky na jeho životě?	<b>absolutně</b>	20	0	20
	<b>relativně</b>	100,0%	0,0%	100,0%
5. Domníváte se, že by bylo vhodné o problematice syndromu CAN více veřejně diskutovat a informovat?	<b>absolutně</b>	19	1	20
	<b>relativně</b>	95,0%	5,0%	100,0%

Tabulka 3: Četnosti odpovědí neodborné veřejnosti na dichotomické otázky z dotazníku

Znalost syndromu CAN je dle očekávání u laické veřejnosti významně nižší (Tabulka 3), než je tomu u pediatriů či učitelů základních škol. Přesto je však informovanost široké veřejnosti pro včasné odhalení velmi důležitá. S ohroženým dítětem se můžeme setkat kdekoli a je důležité vědět, čeho si všímat.

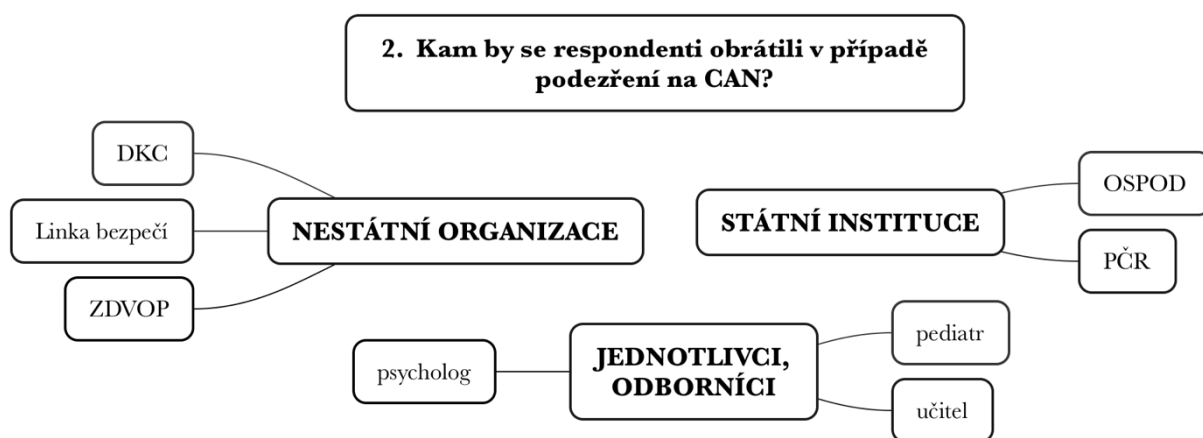
Tématická mapa (Obrázek 9) ukazuje, co si respondenti pod pojmem CAN a jeho jednotlivými formami představují. Zpravidla se jedná o základní fyzické a psychické týrání, nedostatečnou péči o dítě, často zmiňované bylo sexuální zneužívání, ale i zneužívání k trestné činnosti, které se objevuje v odpovědích osob s právnickým vzděláním.

Vlastní zkušenost s týráním, zneužíváním či zanedbáváním dítětem měli dva respondenti, v obou případech se jednalo o právníky. Respondentka uvádí: „...*pokusila jsem se to nahlásit, ale nikoho to nezajímalo.*“ Druhý respondent uvádí, že přestože se s týráním, zanedbáváním nebo zneužíváním dítětem setkal, situaci nikterak neřešil. Dva respondenti uvedli, že by se v případě podezření na žádnou instituci neobrátili (Tabulka 3).



Obrázek 9: Tématická mapa – Představa neoborné veřejnosti o syndromu CAN

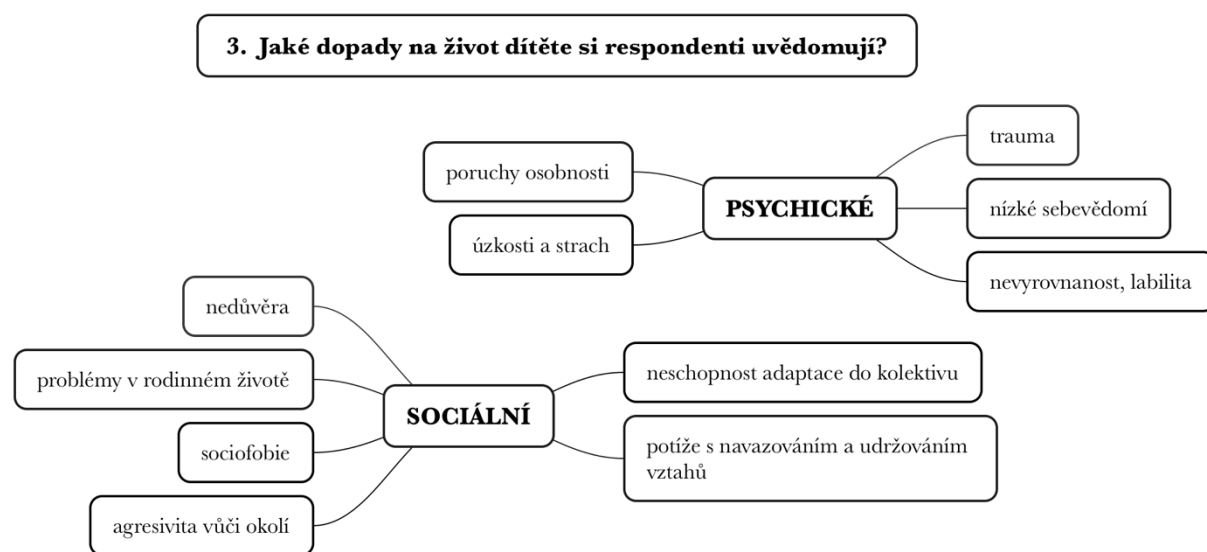
Přesně kvůli takovým případům je důležité navýšit povědomí široké veřejnosti o závažnosti CAN a zejména poskytnout informace k tomu, jak a kam podezření nahlásit, čeho si všimat a případně na koho se obrátit pro konzultaci. Někteří respondenti uvedli (Obrázek 10), že by primárně kontaktovali lékaře, učitele nebo psychologa. Toto zjištění opět dokazuje, jak je důležité, aby byli odborníci dostatečně informováni a věděli, jak v daném případě postupovat, aby bylo zajištěno co největší bezpečí pro dítě. Státní a nestátní organizace byly zmiňovány poměrně vyrovnaně – opět se jednalo především o Linku bezpečí a DKC.



Obrázek 10: Tématická mapa – Kam by se laická veřejnost obrátila v případě podezření na CAN

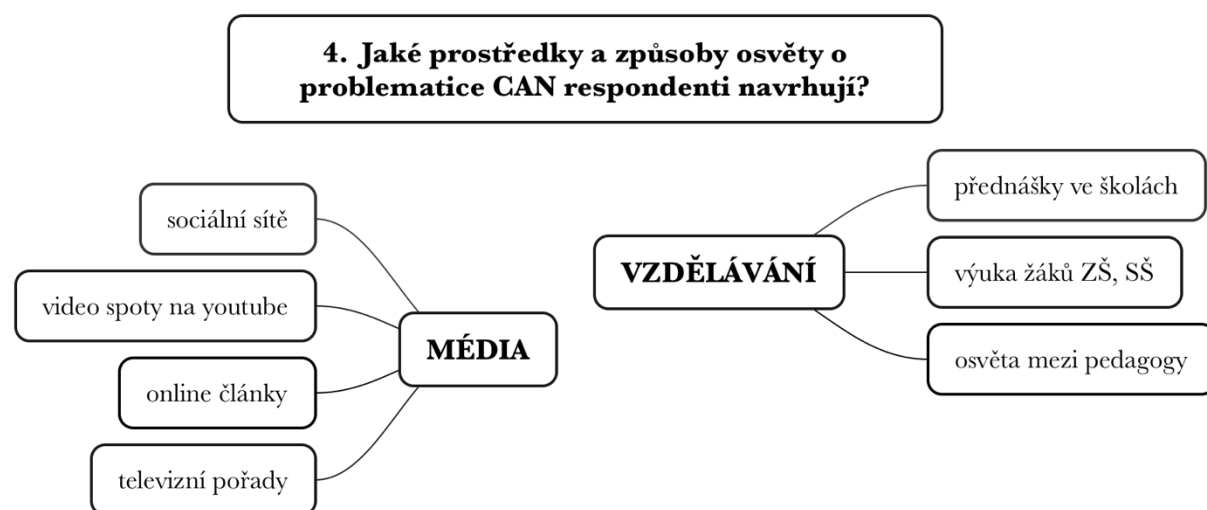
Respondenti ze skupiny neoborné veřejnosti si uvědomují mnohem méně následků na život dítěte než zástupci druhých dvou skupin. Zpravidla uváděli následky v psychické a

sociální oblasti, zejména pak problémy se socializací a důvěrou (Obrázek 11). Například zcela opomíjejí transgenerační přenos nebo závažnější psychiatrické dopady.



Obrázek 11: Tématická mapa – Dopady na život dítěte podle neodborné veřejnosti

Navrhované způsoby osvěty byly zpravidla prostřednictvím médií nebo skrze vzdělávání (Obrázek 12). „Dokumentární filmy v TV, články v populárních časopisech (protože odborné čtou jen odborníci). Tak, aby široká veřejnost věděla, čeho si všimat, co jsou časté signály CAN a čím je rodiče takových dětí např. maskují, zdůvodňují ...), samozřejmě osvěta zejména mezi pedagogy zejména MŠ, ZŠ, volnočasových sdružení...“ Většina respondentů předpokládá navýšení informovanosti především u pedagogických pracovníků. Respondentka, advokátka, například uvádí: „Osvěta by měla začít už u učitelů a ve školách, postihy za neohlášení, první to vidí škola a školka a ve většině případů to přehlíží.“



Obrázek 12: Návrhy osvěty o CAN navržené neodbornou veřejností

Analýza potvrzuje fakt, že oproti skupinám odborné veřejnosti, je neodborná veřejnost o syndromu CAN informována mnohem méně. Přesto však vnímá, že je informovanost celé široké veřejnosti zcela zásadní pro včasné odhalení ohrožených dětí a že je problematice nutno věnovat více pozornosti.

#### **10.4 Shrnutí a návrhy efektivních způsobů osvěty**

Analýza kvalitativních dat poskytla vhled do názorů, zkušeností i pohledů na problematiku syndromu CAN ze stran zástupců odborné i neodborné veřejnosti. Respondenti jednotlivých skupin se mnohdy na konkrétních preferovaných způsobech osvěty shodovali, což nám dává skvělý základ pro budoucí výzkum a implementaci některých návrhů do praxe<sup>6</sup>.

Napříč všemi třemi skupinami respondentů se objevoval zájem o přenesení CAN na televizní obrazovky – ať už ve formě krátkých video spotů v rámci reklamních přestávek nebo jako součást některého z populárních seriálů, či dokumentárních pořadů. Respondenti všech skupin se rovněž shodovali na nutnosti navýšení povědomí u dětí a široké veřejnosti jako takové. Preferovaným prostředkem jsou zejména dnes čím dál používanější sociální sítě. Řada pedagogů upozorňovala rovněž na vliv influencerů – osvěta nejen skrze sociální sítě, ale i Youtube a podcasty.

Obě skupiny vybrané z odborné veřejnosti, pedagogové a pediatri, by uvítali větší zapojení tematiky CAN v rámci vysokoškolského studia a následně i doplňující školení a semináře. Vnímají nedostatečnou propagaci kontaktů a organizací, které se pomocí dětem zabývají. Oběma skupinami byla navrhována distribuce informačních letáků (v ordinaci pediatra, ve škole) a obsažení tématu v populárních časopisech, které na rozdíl od odborných periodik, nečtou pouze odborníci. Jako hodnotnou dále vnímají obě skupiny medializaci konkrétních případů.

Všech 94 respondentů si uvědomuje, že týrání, zanedbávání i zneužívání má dalekosáhlé dopady na život dítěte v celé jeho šíři. Až na dva jedince rovněž všichni upozornili i na nutnost o problematice více veřejně diskutovat. Evidentní je nejen zájem dozvědět se o CAN více informací, ale i motivace šířit myšlenku a získané znalosti dál – navýšit povědomí tak, aby bylo možné zajistit co nejlepší péči o děti, se kterými bylo špatně zacházeno a včas intervenovat u dětí, kde je ještě možné tomu zabránit.

---

<sup>6</sup> Täubner (in Weiss, 2005) zpracoval koncepci prevence sexuálního zneužívání dětí včetně popisu fungování některých konkrétních osvětových programů nejen pro laickou veřejnost, ale i pro lékaře a pedagogy.



## Diskuse

Výsledky realizovaného výzkumu přinášejí vhléd do aktuální informovanosti odborné i laické veřejnosti v České republice, čímž nejen upozorňují na závažnost problematiky, ale rovněž poskytují základ pro její další zkoumání. Vzhledem k relativnímu nedostatku studií na téma informovanosti a primární prevence u nás, lze práci vnímat jako malý krůček k postupnému navýšení povědomí a podnět pro hlubší analýzu efektivních způsobů osvěty a jejich reálnou implementaci.

Úskalí výzkumného projektu tkví zejména v jeho omezeném rozsahu a relativní metodologické nedostatečnosti. Vzhledem k povaze bakalářské práce je výzkum spíše jakousi pilotní studií, základem, na který lze navázat v rámci odbornější práce. Tak komplexní fenomén, jako je týrání, zanedbávání a zneužívání dětí, nelze v bakalářské práci plně pokrýt. Teoretická část tak poskytuje solidní základ pro hlubší rozbor.

Efektivním způsobem budoucího výzkumného šetření by zajisté byla kombinace kvalitativní a kvantitativní analýzy. Například by se mohlo jednat o rozhovory se zástupci jednotlivých skupin analyzované zakotvenou teorií a o rozsáhlou mapující studii se zaměřením na zajištění vyšší externí validity náhodným výběrem velkého vzorku respondentů. U realizovaného výzkumu lze sice pozorovat a odhadovat trend, v žádném případě však nelze poznatky zobecňovat na celou populaci.

Vzhledem k elektronické povaze dotazníku je důležité brát v úvahu některé zásadní intervenující proměnné. Může se jednat o sociální desirabilitu a sebestylizaci, a to především u respondentů ze skupin odborné veřejnosti. Respondenti si uvědomí povahu dotazníku a nechtějí s ohledem na svou odbornost projevit neznalost. Ke stejnému efektu může samozřejmě docházet i u laické veřejnosti, ovšem spíše z důvodů osobnostních nežli profesních. Validitu otázek zaměřených na povědomí o CAN jako takovém, o jeho formách, následcích a na znalost institucí tedy nelze plně zajistit. Vzhledem k online povaze metody sběru dat má dotazovaný během vyplňování po celou dobu volný přístup k internetu, kde si o problematice může předem i v průběhu něco dohledat. Ve snaze tuto proměnnou eliminovat byli všichni respondenti předem požádáni, aby si o problematice nic nezjišťovali a uváděli opravdu jen upřímné odpovědi. Tento problém by šel lépe ošetřit osobním předkládáním dotazníků nebo realizací strukturovaných či polostrukturovaných rozhovorů. Bohužel vzhledem k pandemické situaci bylo nutné se uchýlit k elektronické formě. S ohledem na citlivost tématu a zachování plné anonymity nebyly zvažovány virtuální rozhovory.

Dotazník by bylo možné rozšířit o další otázky, které by mohly přinést zajímavá zjištění. Významnou proměnnou by mohla být skutečnost, zda má respondent vlastní děti či nikoliv. Nemá-li respondent vlastní zkušenost s rodičovstvím, domnívám se, že se pravděpodobnost informovanosti o CAN může snižovat – příležitosti k seznámení se s pojmem i samotnou problematikou se zužují.

Zajímavé podněty by mohlo přinést rovněž doptávání nejen ke kladným odpovědím, ale i k odpovědím záporným – například v případě, že respondent uvedl, že se nedomnívá, že je o CAN nutné více veřejně diskutovat a informovat, není již dále doptáván. Naopak respondent, který na otázku odpověděl kladně, je vyzván, aby uvedl vlastní návrhy preferovaných způsobů osvěty. Připojením dotazu o důvodu, proč respondent odpověděl na otázku záporně, by bylo možné nejen získat zajímavé pohledy z opačné perspektivy, ale rovněž by byla eliminována další nežádoucí proměnná – výběr odpovědi, která umožňuje rychlejší dokončení dotazníku.

V případě rozsáhlejšího výzkumu by stálo za to mapovat rovněž odkud respondenti pocházejí, resp. kde žijí a pracují. Na místě by bylo také zajistit variabilitu pohlaví – v realizovaném výzkumu velmi silně převažují ženy, což může výsledky určitým směrem ovlivňovat.

Dalším podnětem ke zkoumání by mohl být věk. Výzkum by mohl zjišťovat, zda věk a zkušenosti pozitivně korelují s mírou informovanosti o CAN. Výzkumný soubor by mohl být rozšířen o další skupiny respondentů – kromě učitelů základních škol se lze zaměřit na učitele v mateřských školách, kde se rovněž problematika CAN může vyskytovat ve vyšší míře. Dále pak i na lékaře z jiných oborů, než je pediatrie. Podstatná zjištění by mohla přinést analýza informovanosti zdravotních sester na dětských odděleních.

Skupinou, kterou nelze v rámci zkoumání syndromu CAN opomenout, jsou děti samotné. Výzkum informovanosti napříč různými věkovými kategoriemi by mohl poskytnout významný vhled do povědomí dětí i dospívajících. Bylo by umožněno zaměřit se na konkrétní oblasti, kde dětem znalosti chybí a na způsoby osvěty, které děti samy preferují. Neuvěřitelně cenné jsou pak kazuistiky, které zjištění lépe zasadí do kontextu a pomohou ukázat, jakým směrem by se osvěta měla ubírat. Rozhovory s dětskými oběťmi týrání, zneužívání nebo zanedbávání s sebou však nesou obrovskou míru odpovědnosti a náležitostí, které je nutné dodržet, aby bylo zachováno bezpečí a integrita dítěte.

## **Závěr**

Problematika týraných, zanedbávaných a zneužívaných dětí je velmi těžkým tématem, zejména proto, že mnohé příběhy nemají šťastný konec. CAN může vyústit až ke smrti dítěte, v méně závažných případech minimálně k doživotním jizvám na těle i duši.

Základem je, abychom nebyli vůči problematice lhostejní. Nejen včasné odhalení, ale i kontrola a podpora ohrožených dětí a rodin, může přispět ke snížení počtu obětí špatného zacházení. Klíčové je proto navýšení povědomí o problematice, veřejné diskutování a bezproblémová komunikace mezi odborníky. Neméně podstatnou je následná intervence a péče o dítě, které se s týráním, zanedbáváním nebo zneužíváním setkal. Kvalitní pomoc může dítěti poskytnout prostředek, jak se s náročnou situací vypořádat a dokáže zmírnit některé následky.

Teoretická část práce seznamuje čtenáře s pojmem CAN jako takovým, s jeho jednotlivými formami a následky, které jsou doloženy nejrůznějšími výzkumy (Greenberg et al., 2018; Heim et al., 2010; Lippard & Nemeroff, 2020). Dále jsou uvedeny rizikové faktory rozvoje CAN, včetně porovnání studií transgeneračního přenosu CAN (Assink et al., 2018; Madigan et al., 2019) a druhy prevence se zaměřením na šíření osvěty, tedy na prevenci primární. Důležitost prevence je dokládána na základě prevalenčních statistik MPSV (MPSV, 2019; MPSV, 2020; MPSV, 2021), dále jsou uvedeny některé konkrétní, již existující, preventivní programy (DKC, 2021; Locika, 2020; MVČR, n.d.; Nadace Naše dítě, n.d.). Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na detekci a diagnostiku CAN, kde je pozornost věnována zejména postupu k odhalení CAN včetně facilitátorů a inhibitorů nahlašování, zkoumané australskou studií (Blaskett & Taylor, 2003).

Cílem výzkumné části bylo získat vhled do aktuálního stavu informovanosti laické veřejnosti a odborníků, kteří se s ohroženými dětmi setkávají častěji – dětských lékařů a pedagogů na základních školách – a navržení vhodných způsobů, jak povědomí o CAN mezi jednotlivými skupinami efektivně navýšit. Zjišťována byla jejich představa o CAN, znalost následků a institucí, na které se lze v případě podezření obrátit. Součástí byly také vlastní návrhy preferovaných způsobů a prostředků osvěty. Odpovědi byly získávány prostřednictvím online dotazníku s převážně otevřenými otázkami. Zpracování odpovědí proběhlo na základě tématické analýzy, v rámci které byly rovněž zpracovány přehledné tématické mapy v relevanci ke stanoveným výzkumným otázkám. V diskusi byla dále uvedena úskalí práce a návrhy pro budoucí zkoumání ve větší šíři, než kterou umožňuje rozsah bakalářské práce.

Z výsledků analýzy realizovaného výzkumu vyplývá, že si respondenti uvědomují závažnost problematiky týraných, zanedbávaných a zneužívaných dětí, a současně si také uvědomují, jak je důležité o tématu více informovat, diskutovat a vzdělávat. Lékaři by například uvítali informační letáky ve svých ordinacích, pedagogové by rádi absolvovali školení a neodborná veřejnost by se ráda o CAN informovala prostřednictvím video spotů v televizi nebo propagací konkrétních organizací a kontaktů na sociálních sítích. Z odpovědí je patrný zájem a motivace respondentů včas zabránit špatnému zacházení s dětmi a pomoci vybudovat systém, který zajistí co nejlepší a včasnou péči o děti s tak nešťastným osudem a zajistí jim tak lepší budoucnost.

## Seznam použité literatury

- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th. Ed.). American Psychological Association.
- Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., van der Put, C. E., & Stams, G.-J. J.M. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 84, 131–145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.037>
- Asnes, A. G., Pavlovic, L., Moller, B., Schaeffer, P., & Leventhal, J. M. (2021). Consultation for child physical abuse: Beyond the history and physical examination. *Child Abuse & Neglect*, 111, 104792. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104792>
- Baudyšová, Z. (2015, June 30). *Týrané děti*. EPRAVO.CZ. <https://www.epravo.cz/top/efocus/tyrane-deti-98295.html>
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320–335. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.4.320>
- Blaskett, B., & Taylor, S. C. (2003). Facilitators and inhibitors of mandatory reporting of suspected child abuse (Grant No. 9/01-02). *The Criminology Research Council*. <https://www.aic.gov.au/crg/reports/crg-901-02>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3 (2), pp. 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds), *APA handbook of research methods in psychology*, Vol. 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological (pp. 57-71). American Psychological Association.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 22(11), 1065–1078. doi:10.1016/S0145-2134(98)00087-8
- Caffey, J. (2011). The Classic: Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 469:755–758. (Original work published 1946). <https://doi.org/10.1007/s11999-010-1666-0>

- Coolican, H. (2019). *Research methods and statistics in psychology* (7th Ed.). Routledge.
- Dětské krizové centrum (2021). *Dětské krizové centrum*. <https://www.ditekrize.cz/>
- Dunovský, J. (1995a). Co je to syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. In J. Dunovský, Z. Dytrych, & Z. Matějček, *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (pp. 7-14). Grada.
- Dunovský, J. (1995b). Tělesné týrání pasivního charakteru. In J. Dunovský, Z. Dytrych, & Z. Matějček, *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (pp. 41-44). Grada.
- Dunovský, J. (1995c). Zvláštní formy CAN. In J. Dunovský, Z. Dytrych, & Z. Matějček, *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (pp. 66-71). Grada.
- Dunovský, J. (1995d). Zjišťování (detekce) syndromu CAN a jeho registrace. In J. Dunovský, Z. Dytrych, & Z. Matějček, *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (pp. 135-141). Grada.
- Dunovský, J. & Spilková, J. (1995). Tělesné týrání dítěte aktivní povahy. In J. Dunovský, Z. Dytrych, & Z. Matějček, *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (pp. 27-40). Grada.
- Dunovský, J., Dytrych, Z., & Matějček Z. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Grada.
- Dunovský, J. (2005a). Komerční sexuální zneužívání dětí. In P. Weiss, *Sexuální zneužívání dětí* (pp. 139-148). Grada.
- Dunovský, J. (2005b). Péče o sexuálně zneužívané děti. In P. Weiss, *Sexuální zneužívání dětí* (pp. 157-170). Grada.
- Dytrych, Z. (1995). Rizikové životní situace a psychické strádání dítěte. In J. Dunovský, Z. Dytrych, & Z. Matějček, *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (pp. 104-122). Grada.
- Faedda, N., Baglioni, V., Natalucci, G., Ardizzone, I., Camuffo, M., Cerutti, R., & Guidetti, V. (2018). Don't judge a book by its cover: factitious disorder imposed on children – report on 2 cases. *Frontiers in Pediatrics*, 6:110. <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00110>
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do psychologického výzkumu*. Portál.

- Greenberg, D. M., Baron-Cohen, C., Rosenberg, N., Fonagy, P., & Rentfrow, P. J. (2018). Elevated empathy in adults following childhood trauma. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203886>
- Halfarová, H. (1995). Sexuálně zneužívané děti. In J. Dunovský, Z. Dytrych, & Z. Matějček, *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (pp. 49-60). Grada.
- Hassan, M., Gary, F. A., Hotz, R., Killion, C., & Vicken, T. (2015). Young victims telling their stories of sexual abuse in the emergency department. *Issues In Mental Health Nursing*, 36(12), 944-952. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1063026>
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52:7, 671-690. <https://doi.org/10.1002/dev.20494>
- Hilowitz, J. (2004). *Child Labour: A textbook for university students*. International Labour Office.
- Ibrahim, A., Abdalla, S. M., Jafer, M., Abdelgadir, J., & de Vries, N. (2019). Child labor and health: a systematic literature review of the impacts of child labor on child's health in low- and middle-income countries. *Journal of public health*, 41(1), 18–26. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy018>
- Kinnear, K. L. (2007). *Childhood Sexual Abuse*. ABC-CLIO.
- Krejčířová, D. (2006a). Psychická deprivace, týrání a zanedbávání dítěte. In D. Krejčířová & P. Říčan, *Dětská klinická psychologie* (pp. 287-288). Grada.
- Krejčířová, D. (2006b). „Syndrom týraného dítěte“. In D. Krejčířová & P. Říčan, *Dětská klinická psychologie* (pp. 289-291). Grada.
- Krejčířová, D. (2006c). Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy. In D. Krejčířová & P. Říčan, *Dětská klinická psychologie* (pp. 195-224). Grada.
- Krejčířová, D. (2006d). Vývoj dětí s psychickou deprivací. In D. Krejčířová & P. Říčan, *Dětská klinická psychologie* (pp. 288-289). Grada.
- Kocourková, J. (2006). Sexuální zneužívání dětí. In D. Krejčířová & P. Říčan, *Dětská klinická psychologie* (pp. 291-295). Grada.

- Kocourková, J. (2017). Posttraumatická stresová porucha u dětí a dospívajících. *Česká a slovenská psychiatrie*, 113(3): 128-131.
- La Fontaine, J. S. (1993). Defining organized sexual abuse. *Child Abuse Review*, 2, 223-231.
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Karolinum.
- Lippard, E. T. C., & Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 177:1.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>
- Lucas, A. (2018). *Anneke Lucas*. <https://annekelucas.com>
- Lynch, A. M. (1985). Child abuse before Kempe: An historical literature overview. *Child Abuse and Neglect*, 9, 7-15.
- Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. M. P., Ly, A., Rash, C., & Poole, J. C. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 31 (1) pp. 23-51. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001700>
- Matějček, Z. (1995a). Zanedbanost a zanedbávání. In J. Dunovský, Z. Dytrych, & Z. Matějček, *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (pp. 61-65). Grada.
- Matějček, Z. (1995b). Předcházet je lépe než léčit. In J. Dunovský, Z. Dytrych, & Z. Matějček, *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* (pp. 72-79). Grada.
- McCoy, M. L., & Keen, S. M. (2014). *Child abuse and neglect* (2nd Ed.). Psychology Press.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (2013). Právo na dětství. <http://www.pravonadetstvi.cz>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (2019). *Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí za rok 2018*. <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky-1>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (2020). *Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí za rok 2019*. <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky-1>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (2021). *Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí za rok 2020*. <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky-1>



- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2015, 19 November). *MŠMT si připomíná světový den prevence i světový den dětí*.  
<https://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/msmt-si-pripomina-den-prevence-i-svetovy-den-deti>
- Ministerstvo vnitra ČR (n.d.). *Národní strategie pro prevenci násilí na dětech v ČR na období 2008-2018*. <https://www.vlada.cz/scripts/file.php?id=61422>
- Murphy, N. (2011). Maltreatment of children with disabilities: The breaking point. *Journal of Child Neurology*, 26(8), 1054–1056. <https://doi.org/10.1177/0883073811413278>
- Nadace Naše dítě (n.d.). *STOP násilí na dětech*. <https://www.nasedite.cz/kampan/stop-nasili-na-detech-68/>
- Nadace Naše dítě (n.d.). *Světový den prevence týrání a zneužívání dětí a 18. výročí přijetí Úmluvy o právech dítěte*. <https://www.nasedite.cz/archiv-tiskovych-zprav-detail/svetovy-den-prevence-tyrani-a-zneuzivani-deti-a-18-vyroci-prijeti-umluvy-o-pravech-ditete-227/>
- Riggs, S. A. (2010). Childhood emotional abuse and the attachment across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19:5–51. <https://doi.org/10.1080/10926770903475968>
- Sedlak, A.J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4): Report to congress*. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Schaeffer, P., Leventhal, J. M., & Asnes, A. G. (2011). Children's disclosures of sexual abuse: Learning from direct inquiry. *Child Abuse & Neglect*, 35, 343–352. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.01.014>
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 7, 177-193. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90070-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90070-4)
- Squires, J. E., & Squires, R. H. Jr. (2010). Munchausen Syndrome by Proxy: ongoing clinical challenges. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 51, 3, pp. 248-253. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181e33b15>

- Täubner, V. (2005). Prevence sexuálního zneužívání dětí. In P. Weiss, *Sexuální zneužívání dětí* (pp. 53-86). Grada.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148:10-20.
- Unal, E. O., Unal, V., Gul, A., Celtek, M., Diken, B., & Balcioglu, İ. (2017). A serial Munchausen Syndrome by Proxy. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(5), 671-674. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.217017>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2020). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Tabelární část. Aktualizované vydání k 1.1.2021. <https://mkn10.uzis.cz>
- Vágnerová, M. (2006). Dotazníky a posuzovací škály. In D. Krejčířová & P. Říčan, *Dětská klinická psychologie* (pp. 453-475). Grada.
- Weiss, P. (2005). Sexuální zneužití v dětství – pachatelé a oběti. In P. Weiss, *Sexuální zneužívání dětí* (pp. 11-30). Grada.
- Wißmann, H., Peters, M., & Müller, S. (2019). Physical or psychological child abuse and neglect: Experiences, reporting behavior and positions toward mandatory reporting of pediatricians in Berlin, Germany. *Child Abuse and Neglect*, 98, 104165. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104165>
- Women's World Summit Foundation (2019). World day for prevention of child abuse: 19 Nov. <https://www.woman.ch/19-days-of-activism-prevention-kit/world-day-for-prevention-of-child-abuse-19-nov/>
- World Health Organization (2020). *International statistical classification of diseases and related health problems*, 11th ed. <https://icd.who.int/en>
- World Health Organization (2018, June 18). WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). <https://www.who.int/news/>
- Základní škola Veselí nad Lužnicí (2020). *Krizový plán při podezření na týrání či zneužívání dítěte či syndromu CAN*. <https://www.2zsveseli.cz/prevprogram.php>
- Zvěřina, J. (2005). Forenzní posuzování pachatelů pohlavního zneužívání. In P. Weiss, *Sexuální zneužívání dětí* (pp. 185-193). Grada.

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Tématická mapa – Představa pediatrů o syndromu CAN a jeho formách .....	37
Obrázek 2: Tématická mapa – Kam by se lékaři obrátili v případě podezření na CAN.....	37
Obrázek 3: Tématická mapa – Dopady CAN na život dítěte podle pediatrů .....	38
Obrázek 4: Tématická mapa – Návrhy lékařů k navýšení povědomí o CAN.....	39
Obrázek 5: Tématická mapa – Představa pedagogů o syndromu CAN.....	41
Obrázek 6: Tématická mapa – Kam by se učitelé v případě podezření na CAN obrátili .....	42
Obrázek 7: Tématická mapa – Dopady CAN na život dítěte podle pedagogů .....	43
Obrázek 8: Tématická mapa – Návrhy pedagogů ZŠ k navýšení povědomí o CAN .....	44
Obrázek 9: Tématická mapa – Představa neoborné veřejnosti o syndromu CAN.....	46
Obrázek 10: Tématická mapa – Kam by se laická veřejnost obrátila v případě podezření na CAN .....	46
Obrázek 11: Tématická mapa – Dopady na život dítěte podle neoborné veřejnosti .....	47
Obrázek 12: Návrhy osvěty o CAN navržené neobornou veřejností.....	47

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Četnosti odpovědí pediatrů na dichotomické otázky z dotazníku .....	36
Tabulka 2: Četnosti odpovědí pedagogů ZŠ na dichotomické otázky z dotazníku .....	40
Tabulka 3: Četnosti odpovědí neodborné veřejnosti na dichotomické otázky z dotazníku.....	45

## **Seznam zkratk**

APA = American Psychological Association

BKB = Bílý kruh bezpečí

CAN = Child Abuse and Neglect

CSA = Child Sexual Abuse

CSEC = Commercial Sexual Exploitation of Children

ČLK = Česká lékařská komora

ČR = Česká republika

DKC = Dětské krizové centrum

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EU = Evropská unie

FDIA = Factitious Disorder Imposed on Another

ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

KOS = Komunitní skupina

MKN = Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV = Ministerstvo práce a sociálních věcí

MSbP = Münchhausen Syndrome by Proxy

MŠMT = Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MVČR = Ministerstvo vnitra České republiky

NIS = National Incidence Study

OSN = Organizace spojených národů

OSPOD = Orgán sociálně-právní ochrany dětí

PLDD = praktický lékař pro děti a dorost

PPP = Pedagogicko-psychologická poradna

PTSD = Post-traumatic stress disorder

TA = tematická analýza

UNICEF = United Nations International Children's Emergency Fund

ÚZIS = Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO = World Health Organization

WWSF = Women's World Summit Foundation

ZDVOP = Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

ZŠ = Základní škola

## Příloha 1<sup>7</sup>

Dobrý den,

ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku na téma informovanosti o syndromu CAN. O syndromu si, prosím, předem nic nezjišťujte a uvádějte upřímné odpovědi. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity výhradně v rámci mé bakalářské práce na dané téma.

Vaše účast je dobrovolná, vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním dat pro účely bakalářské práce.

Pokud budete mít jakékoliv další otázky nebo připomínky, můžete mě kontaktovat na emailové adrese [t.vlckova@icloud.com](mailto:t.vlckova@icloud.com).

Děkuji Vám za Váš čas,

Tereza Vlčková

studentka Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy

---

Pohlaví

Žena

Muž

Věk (v letech)

Prostor pro odpověď

Nejvyšší dosažené vzdělání

ZŠ

SŠ bez maturity

SŠ s maturitou

VOŠ

VŠ bakalářské studium

VŠ magisterské studium

VŠ doktorské studium

Profese

*Prostor pro slovní odpověď*

–další strana–

Setkal/a jste se někdy s pojmem „syndrom CAN“?

Ano/Ne

Kde jste se s pojmem setkal/a? (*pouze u odpovědi Ano*)

*Prostor pro slovní odpověď*

Popište prosím stručně o jaký syndrom se jedná. Pokud jste se s pojmem dosud nikdy neseťkal/a, zkuste odhadnout, co se za pojmem může skrývat.

---

<sup>7</sup> Dotazník byl respondentům předkládán online formou skrze platformu Google Forms. Níže se jedná o doslovný přepis.

*Prostor pro slovní odpověď*

–další strana–

*„Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, obecně označovaný jako syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte,“ (Dunovský, Dytrych & Matějček, 1995).*

Co si představíte pod pojmem **týrání** dítěte? Uveďte příklady.

*Prostor pro slovní odpověď*

Co si představíte pod pojmem **zneužívání** dítěte? Uveďte příklady.

*Prostor pro slovní odpověď*

Co si představíte pod pojmem **zanedbávání** dítěte? Uveďte příklady.

*Prostor pro slovní odpověď*

–další strana–

*Syndrom CAN dělíme do tří základních forem: týrání, zneužívání a zanedbávání.*

*Pod pojem týrání spadá jak forma fyzická (pohmožděniny, popáleniny či jiná poranění), tak forma psychická (ponižování, výhrůžky, ignorace či kritika).*

*Zneužívání dítěte lze rozdělit na dotykové a bezdotykové: k dotykové formě řadíme nejčastěji pohlavní styk, k bezdotykové například exhibicionismus.*

*Pojmem zanedbávání dítěte se rozumí obecně nedostatek péče a neuspokojování základních biologických potřeb – například nedostatek potravy nebo potřebného oblečení či znemožnění dítěti dosáhnout vzdělání.*

*Vedle základních forem existují i zvláštní formy syndromu CAN – systémové týrání, rituální zneužívání nebo Münchhausenův syndrom v zastoupení.*

Máte nějakou zkušenost s týraným, zanedbávaným či zneužívaným dítětem?

Ano/Ne

Popište prosím danou situaci. Jak jste v daném případě postupoval/a? (pouze u odpovědi Ano)

*Prostor pro slovní odpověď*

O jakou formu syndromu CAN se jednalo? (pouze u odpovědi Ano)

Týrání

Zneužívání

Zanedbávání

Jiná

–další strana–

*Posledních několik otázek závěrem...*

Obrátil/a byste se v případě podezření na syndrom CAN na nějakou instituci?

Ano/Ne



Na jaké instituce byste se obrátil/a? *(pouze u odpovědi Ano)*

*Prostor pro slovní odpověď*

Myslíte si, že týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte může zanechat nějaké dlouhodobější následky na jeho životě?

Ano/Ne

O jaké následky se může jednat? *(pouze u odpovědi Ano)*

*Prostor pro slovní odpověď*

Domníváte se, že by bylo vhodné o problematice syndromu CAN více veřejně diskutovat a informovat?

Ano/Ne

Jaký způsob osvěty byste navrhoval/a? *(pouze u odpovědi Ano)*

*Prostor pro slovní odpověď*

Máte-li k tématu jakékoliv další postřehy či cokoliv, co byste chtěl/a ještě uvést, budu Vám velmi vděčná.

*Prostor pro slovní odpověď*